

**UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE
AREA DE POSTGRADO Y DOCTORADO
DOCTORADO EN NEUROCIENCIAS**



**DEPRESIÓN EN LAS ETNIAS INDIGENAS DEL ESTADO ZULIA Y VARIABLES
CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS:**
Una aproximación al perfil de salud mental de la población indígena Venezolana

AUTOR:
ESP. DIEGO STEVEN MUÑOZ CABAS

TESIS DOCTORAL

DIRECTORA

Prof. Dra. ROCÍO LEAL CAMPANARIO (PhD)
Dpto. Fisiología, Anatomía y Biología Celular
Universidad Pablo de Olavide, España

CO-DIRECTORES

Prof. Dra. MARÍA ELENA SÁNCHEZ CHAVEZ
Dpto. de Ciencias de la Conducta, Facultad de Medicina
Universidad del Zulia, Venezuela

Prof. Dr. NÉSTOR JOSÉ ANDRADES VALBUNA
Dpto. de Ciencias de la Conducta, Facultad de Medicina
Universidad del Zulia, Venezuela

Sevilla, España. 2017



Dña. Rocío Leal Campanario, Profesora Doctor en el Departamento de Fisiología, Anatomía y Biología Celular de la Facultad de Ciencias Experimentales de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla (España), Dña. María Elena Sánchez Chávez, Profesora Doctor en el Departamento de Ciencias de la Conducta de la Universidad del Zulia (Venezuela); y Don Néstor José Andrades Valbuena, Profesor Doctor en el Departamento de Ciencias de la Conducta de la Universidad del Zulia (Venezuela).

CERTIFICAN:

Que la presente investigación titulada: “Depresión en las etnias indígenas del estado Zulia y variables clínico-epidemiológicas asociadas: una aproximación al perfil de salud mental de la población indígena Venezolana”, ha sido realizado bajo su dirección y Supervisión por Don Diego Steven Muñoz Cabas, Médico Cirujano de la Universidad del Zulia (Venezuela), y consideran que reúne las condiciones de calidad y rigor científico para ser presentado y defendido como Tesis Doctoral.

Sevilla, 31 de Mayo de 2017

Fdo.: Rocío Leal Campanario
Directora

Fdo.: María Elena Sánchez Chávez
Co-Directora

Fdo.: Néstor José Andrades Valbuena
Co-Director

Dedicatoria

Dedico esta tesis a **Dios**, autor supremo de la vida, aun cuando los seres humanos no le demos el lugar que merece, Él siempre nos mira con ojos de infinita e inagotable misericordia. Es del hombre planificar, pero corresponde a Dios hacer cumplir los planes.

A mi esposa **Omaira**, mi compañera de vida. Detrás del éxito de un hombre hay una gran mujer y ella indudablemente lo es. Con paciencia, ha llevado mi agitada vida, ha aceptado mis sueños y proyectos y me apoya en los momentos en los que creo desfallecer. GRACIAS.

A mis **padres y hermana**, cuando nada sabía del devenir de mi vida me apoyaron a ciegas y sentaron las bases para ser la persona que actualmente soy, o por lo menos lo que creo ser.

A mi **Universidad del Zulia**, mi “alma mater”, ha sido mi casa formadora, no sólo como estudiante de pre y postgrado, sino que abrió sus puertas para permitirme desarrollarme como profesor en la fascinante carrera académica. Actualmente abatida por una crisis sin precedentes, pero como reza su escudo: *después de las nubes vendrá el sol*.

Agradecimientos

Agradezco a la universidad Pablo de Olavide por permitirme desarrollarme como Doctor en el fascinante mundo de las Neurociencias, principalmente a la profesora Rocío Leal Campanario, pues aun sin conocerme físicamente me ha apoyado en la concreción de esta meta.

A los Co-directores, María Elena Sánchez y Néstor Andrades, profesores de mi postgrado en Psiquiatría Clínica. Cuando les invité a formar parte de este proyecto, contrario a obstruir mi camino, me ofrecieron su ayuda y valiosas orientaciones.

Al Departamento de Salud publica Integral de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, principalmente a la profesora Liliam González, quien en otrora se desempeñara como Jefa del mismo, por haberme abierto las puertas de la instancia que asume la salud desde una perspectiva poblacional-colectiva, enseñándome que ese es el camino para lograr la salud para todos.

A la profesora Noris Acosta, gran amiga y Médico Añú y a la Licenciada Osama Núñez, enfermera Wayuu, quienes me permitieron adentrármese al mundo de las etnias estudiadas; así como a la odontóloga Arelis Barranco, amiga incondicional, quien me sirvió de enlace con el pueblo Barí.

A mi amigo John Rivero, quien de forma desinteresada me asesoró en lo concerniente al tratamiento estadístico aplicado a los datos.

La vida esta llena de personas de personas en el camino, y aun cuando no tenemos la certeza como esas personas reaccionarán, cuando son puestas por Dios tenemos garantizada que se convertirán en sus instrumentos. Los mencionados encuentran en ese grupo. Siempre estarán presentes en mi vida por que han hecho la siembra del conocimiento.

Por ultimo y no menos importante, a los asentamientos indígenas del Municipio Machiques de Perijá, Campo Rosario del Municipio Jesús María Semprún y el Sector Santa Rosa de Agua del municipio Maracaibo del estado Zulia.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 10 |
| 1. INTRODUCCION..... | 11 |
| 1.1. LA DEPRESIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA..... | 12 |
| 1.2. CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN..... | 16 |
| 1.2.1. Trastorno depresivo mayor | |
| 1.2.2. Trastorno depresivo persistente (Distimia) | |
| 1.3.NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN..... | 19 |
| 1.3.1. Implicaciones genéticas en la etiología de la depresión | |
| 1.3.1. Cambios neuroanatómicos en la depresión | |
| 1.3.2. Neuroquímica de la depresión | |
| 1.3.3. Hipótesis neurotrófica | |
| 1.4.TERAPÉUTICA DE LA DEPRESIÓN..... | 34 |
| 1.4.2. Fármacos antidepresivos | |
| 1.4.2. Psicoterapia | |
| 1.5.VARIABLES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN..... | 37 |
| 1.5.1. Consumo de sustancias psicoactivas | |
| 1.5.2. Calidad del sueño | |
| 1.5.3. Calidad de vida | |
| 1.5.4. Estrés percibido | |
| 1.6.OTROS FACTORES CLINICO-EPIDEMIOLÓGICOS..... | 56 |
| 1.6.1. Género | |
| 1.6.2. Ámbito laboral | |
| 1.6.3. Enfermedad crónica concurrente | |
| 1.6.4. Adultez mayor | |
| 1.6.5. Factores protectores y de riesgo | |
| 1.7.LAS ETNIAS INDÍGENAS EN VENEZUELA Y EL ESTADO ZULIA..... | 61 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS..... | 67 |
| 2.2.Planteamiento del problema | |
| 2.3.Objetivos de la Investigación | |

| | |
|---|-----|
| 2.4.Hipótesis | |
| 3. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 78 |
| 3.2.Tipología del estudio | |
| 3.3.Población y Muestra objeto de estudio | |
| 3.4.Variables analizadas | |
| 3.5.Medición de las variables | |
| 3.5.1. Variable: Depresión. | |
| 3.5.2. Variable: Consumo de sustancias psicoactivas. | |
| 3.5.3. Variable: Calidad del sueño. | |
| 3.5.4. Variable: Calidad de vida. | |
| 3.5.5. Variable: Percepción global del estrés | |
| 3.5.6. Otros factores clínico-epidemiológicos y características sociodemográficas | |
| 3.6.Plan de análisis de datos y procesamiento estadístico. | |
| 3.7.Consideraciones Éticas. | |
| 4. RESULTADOS..... | 91 |
| 5. DISCUSION..... | 109 |
| 6. CONSCLUSIONES..... | 131 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 136 |

RESUMEN

DEPRESIÓN EN LAS ETNIAS INDIGENAS DEL ESTADO ZULIA Y VARIABLES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS:

Una aproximación al perfil de salud mental de la población indígena Venezolana

Autor: Esp. Diego Steven Muñoz Cabas
Directora: Prof. Dra. Rocío Leal Campanario (España)
Co-Directores: Prof. Dra. María Elena Sánchez Chávez (Venezuela)
 Prof. Dr. Néstor José Andrades Valbuna (Venezuela)

Las enfermedades mentales ocupan los primeros lugares en la carga de enfermedad y son responsables de 7.5% de la carga global, lo que representa 15 millones de días perdidos por mortalidad prematura o por discapacidad; ocupan en el mundo el lugar 11 de 88 condiciones analizadas, con un avance de cuatro lugares si se le compara con el lugar 15 que ocupaban en 1990. En efecto, los trastornos depresivos son una condición clínica frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a trescientos cincuenta millones de personas (350) según la OMS. El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre la depresión y variables clínico-epidemiológicas asociadas en las etnias indígenas del estado Zulia, Venezuela. La investigación sigue un nivel exploratorio, de tipo descriptiva-correlacional, con diseño no experimental, prospectivo y transversal. La muestra quedo cconstituida por cuatro estratos de etnias indígenas residentes en el estado Zulia: Añú 86 sujetos, Barí 58 sujetos, Wayúu102 sujetos y Yukpa 74 sujetos, resultando una muestra definitiva de 320 sujetos, la cual es representante, proporcional y equivalente a los estratos de la población investigada. Se aplicaron los instrumentos: “Inventario de Depresión de Beck (1961)”, “Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)”, “Calidad del Sueño de Oviedo (COS)”, instrumento de calidad de vida de la OMS versión resumida, conocido como “Instrumento WHOQOL-BREF” y el Instrumento “Escala de estrés percibido” (EEP) versión española de Remor y Carroble (2001). Se utilizó el “Instrumento de Recolección de Datos Epidemiológicos Asociados a Depresión”, diseñado por el investigador a partir del Instrumento PredictD. El plan de análisis de los datos fue ejecutado a través del software estadístico SPSS versión 19.0, aplicando dos fases, una descriptiva y otra correlacional-inferencial. Se aplicó Chi cuadrado a nivel de significación de 5%, mediante el análisis de variables categóricas en tablas de contingencia, para luego correlacionar los puntajes obtenidos de estas dos variables principales, aplicando el coeficiente de Pearson, y determinar el tipo de relación que existe entre ellas. A cada sujeto, previa explicación del procedimiento a seguir, se les solicitó un Consentimiento Informado, para la inclusión en el estudio. A manera de resultado, menos de un cuarto de los pacientes se sitúa en una valoración leve de presencia de síntomas cognitivos de la depresión, siendo igual comportamiento para los síntomas somáticos vegetativos, pues se ubican estos en la minoría de los sujetos analizados. Existe correlación estadísticamente significativa entre la depresión y variables clínico-epidemiológicas asociadas como calidad de vida, calidad de sueño, consumo de sustancias psicoactivas y percepción de estrés.

Palabras clave: Depresión, Población indígenas, Calidad de sueño, Calidad de vida, Sustancias psicoactivas, Percepción de estrés.

1. INTRODUCCION

1.1. LA DEPRESIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La depresión es considerada como el trastorno de salud mental más prevalentes en la actualidad, siendo más común en la mujer que en el hombre y la principal causa mundial de discapacidad, Es por ello, que diversos profesionales han considerado que, siendo sentimientos íntimamente relacionados, tienen la capacidad de inducir cambios desfavorables en la salud física y psicológica del individuo (1).

En este sentido, el estado de ánimo es una actitud o disposición emocional en un momento determinado; una forma de permanecer, de estar, cuya duración es prolongada y puede afectar la psiquis. Se diferencia de las emociones en que es menos específico, menos intenso, más duradero y o se activa con un determinado estímulo o evento. Este puede llegar a determinar cómo se desenvuelven las personas con su entorno; uno de los sentimientos que más interviene es la ansiedad que se define como un estado subjetivo de incomodidad, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto, por lo tanto, es una emoción que aparece cuando se siente amenazado por un peligro que puede ser externo o interno (2,3).

Otro factor que contribuye a la disminución del estado de ánimo es la depresión y se define como el grado de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales que se acompaña de síntomas como tristeza, alteraciones de la concentración y memoria, disminución de la libido, anorexia e hiperfagia, así como otras alteraciones cognitivas (4).

En el mismo orden, la Organización Mundial para la Salud considera la depresión como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del

apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

Se calcula que entre 120 y 200 millones de personas padecen depresión, lo que corresponde al 3% de la población mundial, en efecto, los trastornos depresivos son una condición clínica frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a trescientos cincuenta millones de personas (350) según la OMS. La carga mundial de depresión está en aumento siendo considerada como la principal causa de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

La depresión constituye un reto para la Salud Pública ya que su prevalencia es muy alta, el número de personas que la sufren a lo largo de sus vidas representa entre el ocho y quince por ciento, de ahí que en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.⁵

Para el organismo internacional, el costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico. Es decir, se plantea el problema del impacto económico que se genera en el individuo y se induce a la sociedad dado que afecta el ingreso personal, la disponibilidad y productividad laboral lo cual al efectuar la suma de horas hombre incide en la contribución a la economía, aunado a la mayor utilización de los servicios médicos⁵.

Cerca del quince por ciento (15%) de las personas deprimidas se suicidan; es así que cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS, 2016).^{6,3}

Debe señalarse que en América Latina y el Caribe la depresión se estima que la padece el 5% de la población adulta, es decir, aproximadamente 17 millones de personas, de las cuales, 63 mil fallecen por suicidio. En el caso de Venezuela, el Ministerio de Salud de Venezuela señala que para 2008, 216.957 individuos sufrían de algún tipo de trastorno mental en el país; en este orden, 7,4% de la población padece de trastorno depresivo mayor y se considera que anualmente fallece el 0.54% por suicidio, siendo el Distrito Capital la entidad con mayor número de casos, seguido por el Estado Miranda y en tercer lugar el Estado Zulia. (OPS, 2009; MPPS, 2011).^{7,8}

A pesar de la magnitud de esta situación clínica, más del 75% con este trastorno no reciben tratamiento o lo reciben de una manera inadecuada (OMS, 2016), es decir existe una brecha terapéutica donde la mayoría de las personas no son diagnosticadas y tratadas de manera adecuada⁴

Con respecto al riesgo, para presentar trastornos depresivos a lo largo de la vida en las muestras de la población general ha variado entre el diez y veinticinco por ciento (10 y 25%) para las mujeres y entre el cinco y doce por ciento (5 y 12%). La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el cinco y nueve por ciento (5 y 9%) para las mujeres y entre el dos y tres por ciento (2 y 3%) para los hombres. La depresión mayor tiene una frecuencia dos veces mayor en las mujeres adultas que en los varones²³.

De manera general, las tasas de depresión son más elevadas entre los solteros y divorciados que entre las personas casadas. Los factores asociados a depresión mayor son

más habituales en los grupos minoritarios con mayores cargas de enfermedad, falta de recursos de atención sanitaria y posición socioeconómica baja, sin embargo, en cualquier nivel socioeconómico se puede presentar depresión²³.

Estudios recientes, revelan que incluso una posición socioeconómica desfavorable durante la niñez está asociada a un mayor riesgo de depresión en la vida adulta; así mismo se ha propuesto que factores como la delincuencia, desempleo, consumo de drogas, ruptura familiar, hacinamiento, adulterio y acontecimientos vitales estresantes pueden ser los desencadenantes. Del mismo modo, se han revelado también vínculos sistemáticos entre episodios de pérdida, especialmente de los padres por separación o muerte y un incremento del riesgo de depresión durante la vida adulta²⁴.

En este orden, investigaciones sobre la epidemiología del trastorno depresivo utilizando escalas que miden los síntomas de este trastorno afectivo, encontraron que en las encuestas hechas a la comunidad estudiada, el veinte por ciento (20%) de los adultos y el cincuenta por ciento (50%) de los niños y adolescentes reportaron tener síntomas depresivos en períodos de tiempo que comprendían entre una semana y seis meses. Los puntajes más elevados lo obtuvieron los jóvenes y ancianos, mientras que el puntaje más bajo fue encontrado en las personas que se encuentran en la mitad de la vida. (Duarte, 2016; Jaffee, 2006; Kessler, 2002).^{24, 25, 26}

1.2. CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN

Según su intensidad, los trastornos depresivos pueden clasificarse como leves, moderados y graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM-5, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como el deterioro funcional. En correspondencia con la Clasificación Estadística

Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, para diagnosticar la depresión hay que establecer en primera instancia un episodio depresivo. Los episodios depresivos típicos, se caracterizan por: a) Humor depresivo, b) pérdida de interés, c) Cansancio exagerado, d) Disminución de la atención y concentración, e) Pérdida de la confianza en sí mismo, f) Ideas de culpa, g) Perspectiva sombría del futuro, h) Pensamiento y actos suicidas, i) Trastorno del sueño, j) Pérdida del apetito. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día a otro y no hay respuesta a los cambios ambientales. La sintomatología suele ser distinta en cada individuo (Zarragoitia, 2010)^{2, 27, 28}

Para el diagnóstico de episodio depresivo en cualquiera de los tres niveles de gravedad, habitualmente se quiere de dos semanas de duración, aunque períodos más cortos suelen ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Los episodios depresivos leves deben durar al menos dos semanas, constituidos por dos de los tres síntomas como ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad de disfrute, y aumento de la fatigabilidad.

El pacientes con depresión leve, suele encontrarse afectados por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laborales y sociales, aunque es probable que no las deje por completo; estos síntomas no se manifiestan con un alto grado de intensidad. Los episodios depresivos moderados deben incluir dos de los tres síntomas descritos para la depresión leve, con un grado de intensidad grave y una duración de dos semanas o más; de hecho, un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades sociales, laborales o domésticas.²

En cuanto al episodio depresivo grave, la persona suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada, los

sentimientos de inutilidad y culpabilidad pueden ser más significativos y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Este episodio está acompañado de los tres síntomas descritos en los episodios leves y moderados y por lo menos de cuatro de los síntomas ya descritos en depresión con una intensidad grave. Normalmente, el episodio debe durar dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido, puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.²

Algunos autores sugieren, que la evaluación de la complejidad del cuadro debe considerar las comorbilidades con trastorno de estrés postraumático, trastorno por consumo de sustancias tóxicas, psicosis, riesgo suicida, manía, estresores psicosociales significativos o situaciones relacionadas con conflictos agresivos; así como la cronicidad del cuadro, entendida como más de dos años de mantenimiento de síntomas a pesar del tratamiento²⁹.

Clínicamente los trastornos depresivos se clasifican en Trastorno depresivo mayor y Trastorno depresivo persistente, como se presenta a continuación.

1.2.1. Trastorno depresivo mayor

Un episodio depresivo mayor puede comenzar en cualquier momento de la vida, generalmente entre los veinte y treinta años, de ahí que los datos epidemiológicos sugieren que se ha ido reduciendo progresivamente. El curso de un episodio depresivo mayor es variable, algunas personas han tenido un único episodio, separado por muchos años de cualquier síntoma depresivo, mientras otras tienen grupos de episodios y continúan teniéndolos con mayor frecuencia a medida que envejecen.

Los síntomas del episodio depresivo mayor generalmente se desarrollan en días o semanas; un período prodrómico puede incluir síntomas de ansiedad y sintomatología

depresiva leve, que pueden durar de semanas a meses, previos el comienzo del desarrollo completo del episodio depresivo mayor. (American Psychiatric Association, 2010)³⁰

La duración del episodio depresivo mayor también es variable, por ejemplo, un episodio no tratado, típicamente es de cuatro (4) meses o más, sin contemplar la edad de inicio, en la mayoría de los casos, existe una remisión completa de síntomas y la funcionalidad regresa al nivel premórbido. En una proporción significativa de casos, algunos síntomas depresivos no cumplen criterios para un episodio depresivo mayor, pero pueden mantenerse por meses y años y pueden asociarse a discapacidad o malestar. La remisión parcial que sigue a un episodio depresivo mayor puede ser predictora del patrón de episodios posteriores.³⁰

La naturaleza y curso de la depresión son afectados significativamente por características psicológicas, sociales y físicas de los pacientes y sus circunstancias, estos factores influirán de manera positiva o negativa en el curso del tratamiento y desarrollo de los episodios. Por ello, para la mayoría de los pacientes un primer episodio sin tratar de depresión mayor es seguido por la mejoría de los síntomas. Aunque algunos pacientes vuelven al estado de ánimo y a niveles de función previos al episodio, otros continúan experimentando síntomas residuales subsindromáticos, a pesar de ello, en la minoría de pacientes un episodio persiste por más de dos (2) años y se define como depresión crónica.³¹

1.2.2. Trastorno depresivo persistente (Distimia)

El trastorno depresivo persistente o distimia se diferencia de la depresión mayor en la duración del curso, que respectivamente equivalen a dos (2) años comparado con dos (2) semanas; y en la menor severidad de los síntomas, tres (3) o más síntomas presentes en la mayoría del tiempo, versus cinco (5) o más síntomas casi todos los días.

La distimia tiene a menudo un comienzo en la infancia, adolescencia o período de adultez temprana, así como un curso crónico, en el ambiente clínico las personas con distimia generalmente tienen además un episodio depresivo mayor, el cual es la razón por la cual buscan tratamiento. Si la distimia precede al trastorno depresivo mayor es menos probable que exista una recuperación completa interepisodios^{30,31}.

Las posibilidades de una remisión sintomática espontánea de la distimia son bajas. la evidencia sugiere que los resultados mejoran significativamente con el tratamiento activo, de ahí que el curso de la distimia tratada es similar al de otros trastornos depresivos, con o sin un episodio depresivo mayor superpuesto.

1.3. NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

1.3.1. Implicaciones genéticas en la etiología de la depresión

El trastorno depresivo mayor, al igual que la mayoría de enfermedades que afectan al ser humano, forma parte del grupo de enfermedades denominadas genéticamente complejas, en las que tanto los factores genéticos como los ambientales juegan un papel fundamental en su etiología. Ellas explican que el componente genético de estas enfermedades ha sido identificado a partir de estudios de familia, de gemelos o de adopción. Las enfermedades complejas, aunque tiene una base genética, no siguen el patrón clásico de herencia mendeliana.

En general, se considera que el modelo del umbral de susceptibilidad seria uno de los que mejor explicarían la transmisión de la enfermedad, este modelo asume que la variable “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” se distribuye de forma continua en la población, de tal manera que solo aquellos individuos que sobrepases un determinado umbral manifestaran el trastorno. Se hipotetiza que en la base de esta herencia compleja

estarían involucrados una serie de genes de efecto menor cuya expresión podría estar modulada por un gran número de factores ambientales.³²

La depresión es un complejo fenotipo heterogéneo en su biología y en su etiología, en la que tanto factores genéticos como ambientales tiene un papel fundamental, por ello, desde la genética cuantitativa, los estudios familiares y de gemelos han constatado la importancia de factores genético y sugieren que el trastorno depresivo, igual que el resto de enfermedades mentales comunes, son enfermedades complejas que reflejan la influencia de muchos genes de efecto menor. Así mismo, la comprensión de cualquiera característica compleja del ser humano será imposible sin considerar simultáneamente el efecto de genes y ambiente, entendiendo este último en su sentido más amplio, como un factor en continua interacción con el genotipo del individuo.³³

Hasta el momento, se han comunicado sólo tres estudios de adopción, aunque hay más de diez estudios en gemelos; los resultados de los estudios de adopción no han entregado evidencia concluyente: uno fue negativo y los otros dos positivos, aunque sólo uno de estos últimos encontró evidencia fuerte de riesgo genético para trastorno depresivo mayor, éstas inconsistencias parecen deberse a limitaciones metodológicas. Los estudios efectuados en gemelos, en cambio, concuerdan en concluir que las influencias genéticas son el factor más importante para explicar la agregación familiar de la depresión.³³

Analizando los resultados de cinco estudios en gemelos que cumplían rigurosos criterios metodológicos, tres basados en muestras obtenidas en la comunidad, uno efectuado en el medio hospitalario y otro en una muestra mixta; los resultados de esos estudios no difirieron significativamente e indicaron que la tendencia a sufrir depresión mayor en los gemelos estudiados puede ser explicada completamente por factores genéticos, si bien no puede descartarse una pequeña influencia del ambiente compartido. La

heredabilidad de la depresión en esos estudios fue 33%, que se encuentra en el rango de muchos parámetros biomédicos comunes e importantes, como la presión arterial y colesterol sanguíneo.

De las múltiples interrogantes que surgen de estos estudios hay tres que son de especial importancia: 1) la relación entre depresión monopolar y bipolar, 2) el papel de la herencia y el ambiente en cada caso particular y 3) cómo estos factores se combinan para determinar el riesgo de sufrir depresión.

La depresión monopolar y trastorno bipolar tienen alguna relación familiar, las cifras de depresión monopolar son más elevadas en los familiares de los pacientes bipolares, sin embargo, no se trata de la misma condición; en los gemelos monocigotos que concuerdan en presentar un trastorno del ánimo, son muchos más los gemelos que tienen el mismo tipo de enfermedad (por ejemplo, unipolar versus bipolar) que lo que se podría encontrar por azar. La hipótesis más popular, apoyada por muchos estudios aunque no por todos, sostiene que los dos trastornos comparten una misma susceptibilidad subyacente a enfermar, siendo el trastorno bipolar la forma más severa o divergente de la enfermedad.³³

En cuanto a distinguir, en un sujeto determinado, si su depresión es principalmente "genética" o "ambiental" esto es sólo parcialmente posible. Los individuos con un elevado riesgo familiar de sufrir depresión mayor tienden a tener episodios recurrentes, elevados niveles de incapacidad durante los episodios y probablemente una edad de comienzo menor. Se ha propuesto la interacción entre genes y ambiente en la etiología de la depresión mayor, la evidencia, si bien es limitada, sugiere que los factores genéticos influyen parcialmente el riesgo total de enfermar y también influyen sobre la sensibilidad de los individuos a los efectos depresogénicos de un ambiente adverso.^{33,34,35}

Con el conocimiento creciente del genoma humano se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos complejos, como la depresión mayor y potencialmente poder aislar los genes mismos. Técnicas como el ligamiento y el análisis de asociación han sido relativamente exitosas para el estudio de los trastornos mendelianos simples y algunos complejos, como la enfermedad de Alzheimer, en cambio, para los trastornos psiquiátricos mayores los resultados han sido más equívocos. Las dificultades parecen ser inherentes a la naturaleza de estos trastornos y a los métodos de investigación empleados.^{36,37,38,39}

En los trastornos complejos, como la depresión mayor, es probable que esté involucrado un gran número de genes, de los cuáles ninguno tiene por sí mismo un gran impacto sobre el riesgo de enfermar, además esos genes pueden interactuar con otros y/o con factores ambientales de riesgo para producir la enfermedad; algunos factores de riesgo genético sólo pueden manifestarse en momentos particulares del desarrollo, como la pubertad.

Por otra parte, las enfermedades genéticas complejas ofrecen muchos problemas conceptuales y estadísticos. El empleo de muchos marcadores, de múltiples fenotipos posibles y de una variedad de métodos estadísticos en poblaciones pequeñas, conduce a resultados poco confiables; las aproximaciones tradicionales para la detección de genes pueden ser inapropiadas en el caso de los trastornos depresivos, sin embargo, para obtener resultados concluyentes se requieren grandes muestras y nuevas técnicas estadísticas.^{33,34,35,36.} Hasta la fecha, ningún hallazgo de asociación o ligamiento con el trastorno depresivo mayor ha podido ser suficientemente replicado para ser considerado como establecido⁴⁰.

1.3.1. Cambios neuroanatómicos en la depresión

Se han propuesto un modelo neuroanatomico que comprende la corteza prefrontal, el complejo amígdala-hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las abundantes conexiones entre esas estructuras. Se piensa que los dos principales circuitos neuroanatomicos involucrados en la regulación del talante son: El circuito límbico-talamico-cortical, que incluye la amígdala, los núcleos dorsomediales del tálamo y la corteza prefrontal tanto la medial como la ventrolateral; así como el circuito límbico-estriado-pálido-talamico-cortical. De acuerdo con este modelo las alteraciones podrían ser el resultado de disfunción o anomalías en diferentes partes de esos circuitos que podrían ser el inicio de trastornos del talante, o conferir cierta vulnerabilidad biológica, que en combinación con factores ambientales, tenga como consecuencia alguna de estos desordenes.⁴¹

La heterogénea sintomatología sugiere de la depresión mayor sugiere la participación de distintas áreas cerebrales. La disfunción de la corteza prefrontaldorsolateral estaría afectando funciones cognitivas como el razonamiento, la planeación y la toma de decisiones, por su parte, las áreas orbitofrontal y medial de la corteza prefrontal, al participar en la regulación de la experiencia emocional, contribuirían al componente afectivo del síndrome.

Uno de los cambios estructurales es la reducción del hipocampo, el decremento promedio es de ocho a diez por ciento (8-10%), siendo el cambio tanto bilateral como sólo en uno de los hemisferios, también se reporta una reducción significativa únicamente en pacientes que tuvieron episodios depresivos recurrentes o bien el decremento se correlaciona inversamente con la duración del episodio depresivo. Otros estudios no reportan cambios en el volumen hipocampal, ni tampoco confirman la relación inversa

entre la duración del período depresivo y el grado de reducción del volumen (Cruzblanca, 2016), esta evidencia limita la importancia fisiopatológica de la reducción del hipocampo: a) los pacientes en remisión siguen mostrando menor volumen hipocampal, b) la reducción también se observa en la esquizofrenia y en el trastorno bipolar.^{40,41}

Otra área donde también se reduce la materia gris es la corteza cingulada anterior, específicamente en la zona ventral al genu del cuerpo calloso (corteza subgenua), la reducción es prominente, veinte y cuarenta por ciento (20 – 40%) en pacientes con antecedentes familiares de depresión mayor; también la resonancia magnética revela menor volumen de materia gris en la corteza prefrontal orbital. Cabe mencionar que la corteza subgenua y la corteza prefrontal orbital al procesar información de las áreas de asociación sensorial, como de la corteza insular, la integran para generar la conducta emocional y afectiva.⁴¹

1.3.2. Neuroquímica de la depresión

Las primeras hipótesis etiológicas sobre la depresión se enfocaron en los sistemas monoaminérgicos. Inicialmente se planteó que la depresión se debía a un déficit en la neurotransmisión monoaminérgica; aunque desde una perspectiva actual las hipótesis de depleción de monoaminas parecen una visión sobresimplificada de la fisiopatología de la depresión, tuvieron el mérito de estimular la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos antidepresivos.

Con la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, la investigación se ha dirigido especialmente hacia el sistema serotoninérgico; algunos estudios han demostrado respuestas endocrinas reducidas a agonistas serotoninérgicos directos e indirectos. Un estudio con tomografía por emisión de positrones (PET) encontró

que la respuesta aplanada en una de estas pruebas puede reflejar reducción del metabolismo en la corteza órbito-frontal, ventromedial y cingulada del cerebro^{42,43,44}.

Los estudios post-mortem han demostrado un aumento en la densidad de sitios de unión al receptor de serotonina 5HT₂ y una reducción del número de sitios del transportador de serotonina en el tejido cerebral de pacientes depresivos y víctimas de suicidio, además se ha encontrado un aumento de los autorreceptores serotoninérgicos 5HT_{1A} en el rafe dorsal del cerebro medio de suicidas con depresión mayor. Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) también han encontrado una amplia reducción en los sitios de unión a los autorreceptores 5HT_{1A} en el cerebro de sujetos con depresión, por su parte, investigaciones mediante tomografía computada con emisión de fotones únicos (SPECT) han revelado una disminución de la densidad de los sitios de unión al transportador de serotonina en el cerebro de pacientes depresivos^{43,44}.

También se han estudiado otros sistemas de neurotransmisión. Necropsias han demostrado un aumento selectivo en la afinidad de los receptores noradrenérgicos alfa 2^a y una disminución de la unión al transportador de noradrenalina en el locus coeruleus de pacientes depresivos, este último hallazgo ha sido interpretado como la expresión de una regulación hacia abajo de la proteína transportadora en respuesta a una insuficiente disponibilidad de noradrenalina en el espacio sináptico.⁴⁵

Esta hipótesis es el marco conceptual predominante que aborda la fisiopatología de la depresión mayor y establece que el síndrome se origina por la menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro, principalmente de 5-HT y noradrenalina. La hipótesis originalmente se basa en que la mayoría de los fármacos antidepresivos aumentan el nivel cerebral de 5-HT y noradrenalina mediante la inhibición de su recaptura o de su degradación enzimática. Estudios recientes aportan mayor sustento a la hipótesis,

tomografías por emisión de positrones, revelan que los pacientes con depresión mayor muestran una alta expresión de la monoamino-oxidasa A en la corteza prefrontal, la corteza temporal, el hipocampo, el tálamo, el núcleo accumbens y el mesencéfalo.⁴¹

El referido hallazgo, hace suponer que la mayor tasa de degradación de 5-HT y noradrenalina es uno de los mecanismos fisiopatológicos que atenúa la transmisión monoaminérgica, por su parte, el polimorfismo G1463A en el gen de la hTPH2 sugiere que el déficit serotoninérgico reside en la síntesis de 5-HT, ya que el correspondiente cambio de aminoácido resulta en la pérdida del ochenta por ciento (80%) de la función enzimática.⁴¹

Una evidencia clínica que apoya la hipótesis monoaminérgica proviene de estudios en pacientes sometidos al protocolo de depleción de triptófano cerebral, una predicción del paradigma es que la depleción facilita la recaída depresiva sólo en aquellos pacientes que respondieron al tratamiento con los inhibidores selectivos de la recaptura de 5-HT. Es limitado el número de estudios cuando se reduce el nivel cerebral de noradrenalina y dopamina, sin embargo, los datos apuntan en la misma dirección que en la depleción del triptófano.⁴¹

Ahora bien, es importante analizar el papel del 26 triptófano como precursor de esta monoamina. El triptófano es un aminoácido esencial en la nutrición humana, es uno de los 20 aminoácidos incluidos en el código genético (codón UGG), se clasifica entre los aminoácidos apolares, también llamados hidrófobos; es esencial para promover la liberación del neurotransmisor serotonina, involucrado en la regulación del sueño y el placer. La ansiedad, el insomnio y el estrés se benefician de un mejor equilibrio gracias al triptófano. El triptófano es un aminoácido esencial, es decir, que sólo se obtiene a través de la alimentación; para un buen metabolismo del triptófano se requieren niveles adecuados de vitamina B6 y de magnesio⁴⁶.

La serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT) es una monoaminaneurotransmisora sintetizada en las neuronas serotoninérgicas del sistema nervioso central (SNC) y en las células enterocromafines del tracto gastrointestinal del ser humano. En el sistema nervioso central, se cree que la serotonina representa un papel importante como neurotransmisor, en la inhibición de: la ira, la agresión, la temperatura corporal, el humor, el sueño, el vómito, la sexualidad, y el apetito; estas inhibiciones están relacionadas directamente con síntomas de depresión. Sin embargo, inicialmente se planteó que la depresión se debía a un déficit en la neurotransmisión monoaminérgica.⁴⁷

Aunque desde una perspectiva actual las hipótesis de depleción de monoaminas parecen una visión sobresimplificada de la fisiopatología de la depresión, tuvieron el mérito de estimular la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos antidepresivos. Con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, la investigación se ha dirigido especialmente hacia el sistema serotoninérgico; además, estudios recientes publicados en 2017, muestran el papel de la serotonina en la neuroplasticidad y su relación con depresión⁴⁸.

Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET), encontraron que la respuesta aplanada en una de estas pruebas puede reflejar reducción del metabolismo en la corteza órbito-frontal, ventromedial y cingulada del cerebro⁹; del mismo modo, investigaciones post-mortem han demostrado un aumento en la densidad de sitios de unión al receptor de serotonina 5HT₂ y una reducción del número de sitios del transportador de serotonina en el tejido cerebral de pacientes depresivos y víctimas de suicidio, además se ha encontrado un aumento de los autorreceptores serotoninérgicos 5HT_{1A} en el rafe dorsal del cerebro medio de suicidas con depresión mayor.⁴⁹

Se ha observado, una amplia reducción en los sitios de unión a los autorreceptores 5HT1A en el cerebro de sujetos con depresión; por su parte, investigaciones mediante tomografía computada con emisión de fotones únicos (SPECT) han revelado una disminución de la densidad de los sitios de unión al transportador de serotonina en el cerebro de pacientes depresivos. También se han estudiado otros sistemas de neurotransmisión como el glutamatérgico, con resultados recientemente analizados en el año 2017.^{49, 50}

Niveles de triptófano y serotonina en fluidos biológicos:

La medición de los niveles de triptófano (TRP) y serotonina (5-HT), así como de su metabolito (el ácido 5-hidroxiindolacético), en los fluidos biológicos como índices de la disponibilidad y la función de la serotonina cerebral, ha resultado difícil e incompleta. Sin embargo, los estudios en que se ha depletado el triptófano, han puesto de manifiesto la necesidad de mantener la integridad metabólica de la serotonina como un requisito indispensable para que pueda ocurrir la respuesta antidepresiva.

También se ha sugerido, que los bajos niveles plasmáticos de este producto metabólico de la serotonina, podrían servir como marcador biológico de rasgo en algunos tipos de depresión. A pesar de la abundante información sobre el papel que cumple la serotonina en la depresión, hasta el momento se observan varias discrepancias tanto en los estudios post mortem como en el estudio de los niveles de serotonina y sus metabolitos, pues se requieren más evidencias para definir sus alcances y mostrar su utilidad clínica; por tanto, para investigaciones futuras sería fundamental alcanzar un acuerdo respecto de los aspectos metodológicos, puesto que uno de los aspectos más evidentes como factor causal

de las diferencias, en estudios con resultados divergentes, es el desarrollo individual del método.^{51,52,53}

Triptófano en Líquido Ceforraquídeo

Se ha reportado que los niveles de TRP en líquido ceforraquídeo (LCR) son menores en sujetos con depresión, comparados con los niveles de sujetos control, aunque Bridges y cols. (1976) reportaron niveles bajos de TRP en LCR de pacientes deprimidos, Aschroff y cols. (1973) encontraron niveles normales de este aminoácido en LCR de enfermos deprimidos.

Triptófano en plasma

Se ha propuesto, que una reducción de la disponibilidad del TRP podría causar la disminución de la actividad serotoninérgica central de sujetos deprimidos. Considerando esta hipótesis, se han realizado varias investigaciones en que se han determinado los niveles plasmáticos de TRP libre, forma en que este aminoácido atraviesa la barrera hematoencefálica. También se ha reportado la reducción de los niveles plasmáticos de TRP libre en pacientes deprimidos, lo que indica una disminución de la disponibilidad de este aminoácido, sin embargo, otros autores no confirmaron este hallazgo, y en un estudio encontraron incluso niveles más elevados de TRP libre en pacientes deprimidos, por lo tanto, esta discrepancia ha limitado la confirmación de la hipótesis inicial^{54,55}.

También se ha estudiado la posibilidad, que la disponibilidad de este aminoácido pueda estar influenciada por la concentración de aminoácidos neutros que compiten por atravesar la barrera hematoencefálica. En condiciones normales, los cambios en la concentración de estos aminoácidos dentro del rango fisiológico no afectan de forma

significativa los niveles cerebrales de triptófano, aun así, estos últimos podrían modificarse si la relación triptófano libre/aminoácidos neutros se reduce de forma significativa, situación que han reportado varios autores.⁵²

Serotonina en Líquido Cefalorraquídeo

Debido a los niveles tan bajos de serotonina en el LCR obtenido por punción lumbar (su concentración está muy cercana al límite de detección), son prácticamente nulos los datos sobre sus concentraciones en pacientes deprimidos (Artigas y cols., 1985; Cuenca y cols., 1996).

Serotonina en plaquetas:

Algunos investigadores reportaron que la 5-HT se encuentra disminuida en las plaquetas de sujetos con depresión. Sin embargo, otros reportaron un incremento en tanto que otros más no reportaron diferencias. Estas discrepancias pueden deberse a la forma de aislamiento de las plaquetas, al método usado para su detección, a los valores de referencia tomados como normales por los diferentes autores y a las variaciones de los criterios clínicos de un estudio al otro.

Serotonina en sangre:

Aunque las plaquetas son consideradas como un modelo válido para el estudio de recaptura, almacenamiento y liberación de 5-HT por las neuronas, es difícil interpretar la medición de los niveles de 5-HT en plaquetas debido a la heterogeneidad plaquetaria, a la susceptibilidad de la 5-HT plaquetaria a influencias externas y a la controversia sobre el contenido verdadero de 5-HT en el plasma rico en plaquetas (PRP). Estos autores recomiendan realizar las determinaciones de serotonina en sangre sin tratamiento previo y,

debido a que el contenido de la 5-HT plaquetaria comprende 99% de serotonina de la sangre, se puede considerar como un reflejo adecuado del contenido de serotonina cerebral. Los niveles de 5-HT en sangre se han reportado disminuidos en pacientes deprimidos sin tratamiento en comparación con un grupo control.

Respecto al comportamiento de los niveles de 5-HT en sangre y el tratamiento antidepresivo, se ha reportado que la medición del nivel de 5-HT en sangre puede servir como indicador del efecto de dichos medicamentos, ya que después del tratamiento con inhibidores de la recaptura de 5-HT se redujeron significativamente los niveles de 5-HT, mientras que cuando se administraron inhibidores de la monoamino-oxidasa, se incrementaron los niveles de 5-HT en la fracción de sangre total ⁵³.

Serotonina en plasma

Artigas y cols. (1985) y Ortiz y cols. (1988) determinaron que una fracción pequeña de 5-HT se encontraba en forma libre en el compartimiento plasmático. Sarrias y cols. (1987) y Pérez y cols. (1998) reportaron una disminución significativa de los niveles de 5-HT plasmática en pacientes que presentaban trastorno depresivo mayor con melancolía, sin que sus niveles se modificaran por el tratamiento.

Debido a que las plaquetas tienen un mecanismo de recaptura y almacenamiento de serotonina, y acumulan alrededor de 99% del total de la serotonina en sangre, la serotonina plaquetaria se ha empleado como un indicador de la función serotoninérgica sináptica en trastornos psiquiátricos como la depresión. Sin embargo, los estudios que han evaluado la correlación entre depresión y cambios en los niveles de serotonina plaquetaria han dado resultados contradictorios, por lo que respecta al precursor de la 5-HT, el triptófano (TRP), se ha sugerido que el cambio en los niveles de triptófano plasmático podría ser la causa de

las alteraciones en los niveles de 5-HT, tanto en las plaquetas como en el cerebro, y asimismo se ha reportado una disminución de los niveles plasmáticos de TRP en pacientes con depresión.

Respecto al efecto que han ejercido los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina sobre la serotonina plaquetaria, se ha documentado que inducen cambios en los niveles plaquetarios de esta amina. Tomando en cuenta la controversia respecto a los niveles plaquetarios de 5-HT en pacientes deprimidos, y considerando además que a la fecha no se ha caracterizado el efecto de la depresión sobre los niveles de 5-HT y TRP en sangre, se decidió estudiar los niveles sanguíneos y plaquetarios de serotonina (5-HT) y triptófano (TRP) en pacientes deprimidos, y compararlos con los niveles de estas sustancias en sujetos sanos, dando como los resultados de laboratorio, examen general de orina y electroencefalograma fueron normales, tanto en los pacientes deprimidos como en los sujetos control^{54,55}.

El número de plaquetas, la serotonina sanguínea, el contenido plaquetario de serotonina y la concentración de triptófano no mostraron diferencias en comparación con los sujetos control, sin embargo, las concentraciones de serotonina sanguínea y plaquetaria fueron significativamente más bajas en pacientes deprimidos. Existen muchas teorías con respecto a la etiología de la depresión, por muchos años se ha reconocido la deficiencia de la serotonina cerebral como una posible causa de depresión.

Se ha apoyado esta hipótesis mediante la demostración de mejoría en la depresión en pacientes que reciben fármacos que se sabe aumentan los niveles de precursores de la serotonina cerebral y mediante el análisis postmortem del tejido cerebral y del LCR que demuestra la deficiencia de la serotonina en las personas afectadas.

Existe una gran cantidad de estudios disponibles que parecen abordar las preguntas de investigación; sin embargo, pocos son de calidad suficiente como para ser fiables. Las pruebas disponibles de los ensayos aleatorios son insuficientes para evaluar de una manera concluyente si el 5-HTP o el triptófano tienen algún efecto superior sobre el placebo en el tratamiento de la depresión unipolar de leve a severa, sin embargo, las pruebas disponibles sugieren que estas sustancias son mejores que el placebo para disminuir la depresión. Existen datos insuficientes para evaluar el perfil de efectos secundarios de cada tratamiento y su seguridad relativa.^{54,55}

Los ensayos controlados aleatorios que evaluaron los efectos clínicos del tratamiento con 5-HTP y triptófano para trastornos depresivos son limitados en su fiabilidad debido a la deficiente calidad metodológica, de hecho, los ensayos variaron significativamente en cuanto a la gravedad de la depresión, las dosis de 5-HTP y triptófano estudiadas, los ámbitos y las intervenciones comparativas.

En varios ensayos que comparaban el 5-HTP y el triptófano con otros antidepresivos, se utilizó el 5-HTP y el triptófano en lugar del placebo porque se supuso que eran similares al placebo para el tratamiento de la depresión, y porque los comités de ética en varias ocasiones sintieron que la utilización de un placebo “inactivo” no era ético en el caso de enfermos hospitalizados con depresión. En esta revisión no se realizó una comparación del 5-HTP y del triptófano con otros antidepresivos disponibles, la tolerabilidad del 5-HTP y del triptófano fue aceptable en los estudios incluidos. Se observaron pocos efectos adversos.

Los efectos secundarios que ocasionaron retiros fueron mareos y dolor epigástrico, también se informó de diarrea pero ésta no provocó retiros de pacientes, ningún paciente en el grupo de placebo se retiró debido a los efectos secundarios y no se informaron muertes.

A pesar de ello, los casos publicados han cuestionado la conexión entre el triptófano y aparición del síndrome de eosinofilia-mialgia, que ha sido mortal en varios casos, pero hasta la fecha no se ha comprobado dicha conexión. En el 5-HTP se halló la misma impureza identificada en el triptófano. No existen estudios sistemáticos que evalúen los efectos secundarios a largo plazo del 5-HTP y del triptófano.^{51,52,53,53,55}

1.3.3. Hipótesis neurotrófica

Esta hipótesis propone que la depresión mayor también se debe a la atrofia neuronal producto de la menor expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro. También propone que el estrés crónico desregula el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, propiciando la exposición sostenida del tejido nervioso al cortisol y con ello la inhibición de la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro. Otro estudio reporta que pacientes con depresión mayor bajo tratamiento farmacológica muestran una mayor expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro en el hipocampo, comparado con pacientes sin tratamiento⁵⁵.

1.4.TERAPÉUTICA DE LA DEPRESIÓN

El objetivo del tratamiento es la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las recaídas de la depresión y minimizar en lo posible los efectos adversos del tratamiento.⁵⁶

1.4.3. Fármacos antidepresivos

Hay disponibles revisiones sistemáticas de ensayos clínicos que han encontrado la que los fármacos antidepresivos son efectivos en el tratamiento de la depresión en todos sus grados de severidad, en pacientes con o sin enfermedades orgánicas concomitantes, sin embargo, no se han encontrado diferencias entre la eficacia de los distintos antidepresivos, que se distinguen más por su perfil de efectos secundarios; en conjunto, los pacientes toleran mejor los ISRS, que los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

La prescripción de antidepresivos es el único tratamiento para el que se ha encontrado una clara evidencia de efectividad en depresiones graves y depresiones psicóticas, para depresiones más leves o moderadas son eficaces los antidepresivos, y también lo son algunas estrategias de psicoterapia. Algunos factores que pueden decidir la elección del antidepresivo son:

- a) Respuesta terapéutica alcanzada en un episodio previo: sería razonable volver a utilizar el mismo fármaco que ha probado anteriormente su utilidad (o incluso, que haya resultado eficaz en un familiar de primer grado).
- b) Tolerancia a efectos secundarios. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se toleran mejor, generalmente; y muchas veces, desde el inicio, se puede comenzar con dosis terapéuticas; si se administran antidepresivos tricíclicos o IMAO, es recomendable comenzar con dosis más bajas que las terapéuticas, debido a sus efectos secundarios. Los IMAO no se utilizan como primera elección, estando indicados en las llamadas depresiones atípicas, que responden mal a otros antidepresivos.
- c) Interacciones previsibles con otros fármacos, o con enfermedades concomitantes.
- d) Coste económico.

- e) En cualquier caso, se debe considerar que el efecto antidepresivo puede tardar en aparecer varios días o varias semanas, hasta llegar progresivamente a un punto óptimo. Entre las cuatro y seis semanas (4-6) no puede desecharse un antidepresivo por ineficacia, aunque evidentemente en la práctica clínica, no siempre puede esperarse tanto tiempo.

1.4.2. Psicoterapia

Hay que informar al paciente y sus familiares de la enfermedad. Se trata, por un lado, de establecer una relación fructífera entre el paciente y el profesional, una relación de confianza.⁵⁶

Resumen de las recomendaciones sobre la información específica para el paciente y su familia, descritas en el esquema de CIE-10:

- a) La depresión es una enfermedad frecuente, para la que disponemos de un tratamiento. La mayoría de los pacientes se recuperan sin secuelas.
- b) La enfermedad no está causada por una dejadez o pereza de orden mental.
- c) Conviene preguntar abiertamente sobre el riesgo de suicidio, y los planes al respecto si los hubiera. Las ideas de suicidio surgen como resultado de la propia enfermedad, y no son un síntoma de locura, puede ser necesario pedir una estrecha vigilancia por parte de los familiares y amigos.
- d) La ideación pesimista está promovida por el estado depresivo. Evitar tomar decisiones importantes en esas condiciones.
- e) No forzar u obligar al paciente a actividades personales, sociales, laborales, para las que no se ve capacitado. Al mejorar en su estado podrá reanudarlas.

- f) La depresión también puede conllevar a una inapetencia sexual, junto a una vivencia de incapacidad para amar y ser amado.
- g) Reforzar las estrategias de afrontamiento del paciente ante hechos de la vida cotidiana.

La psicoterapia de apoyo es imprescindible, como complemento a los antidepresivos en cualquier estrategia de tratamiento de la depresión, además de la información y orientación ya mencionada, se busca el refuerzo de las defensas del aparato psíquico del paciente. La psicoterapia psicoanalítica explora la presencia de una vida intrapsíquica que permanece inconsciente para el paciente, y que está en el origen de sus síntomas; estos serían el resultado emergente de la confrontación entre las defensas del paciente y sus impulsos. La psicoterapia trata de esclarecer y sacar a la luz de la conciencia esta dinámica intrapsíquica.

El proceso psicoterapéutico se enfoca al análisis de los síntomas en cuanto surgen en el contexto de los roles o comportamientos que adopta el paciente en sus relaciones interpersonales; la psicoterapia conductual pretende la modificación de algunas pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, prescindiendo del mundo intrapsíquico. Son varias las técnicas que han surgido de esta orientación terapéutica: relajación, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, técnicas de exposición a los factores estresantes⁵⁶.

1.5.VARIABLES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN

1.5.1. Consumo de sustancias psicoactivas

El uso indebido de sustancias psicoactivas (SPA) se ha convertido en un grave problema en la sociedad de hoy. A él están asociados múltiples problemas de salud y

alteraciones neurocomportamentales en sus consumidores y altos índices de incapacidad laboral y social, además de la propagación de enfermedades infecciosas como el VIH, la tuberculosis y la hepatitis B, a pesar de las consecuencias antes mencionadas, el consumo, el abuso y la dependencia de las SPA muestran una tendencia al aumento en el mundo entero.

Las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo consumo puede alterar los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento; el consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central, presenta una alta connotación, no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional, ya que las cifras de consumo han presentado un aumento considerable con relación a los últimos años, muchas son las causas que pueden explicar esta problemática. Numerosos estudios señalan la existencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales relacionados con el consumo.

La familia también juega un papel muy importante; fenómenos como la violencia intrafamiliar, pautas de crianza inadecuadas, modelos parentales negativos de consumo, poca atención de los padres a sus hijos, entre otras, pueden ser factores de riesgo. Otros estudios señalan que los jóvenes son más propensos a sufrir depresión, debido a que en la adolescencia se generan procesos de cambio físico, psicológico, cognitivo y sociocultural.^{57,58}

La OMS en la CIE-10 define como intoxicación aguda aquella alteración del nivel de conciencia, cognición, percepción, afecto, comportamiento o de funciones psicofisiológicas producidas como respuesta directamente asociada a los efectos farmacológicos agudos de una sustancia; estas alteraciones se resuelven con el tiempo hacia la total recuperación excepto cuando se produce un daño de tejidos u otras complicaciones irreversibles. El

clínico debe estar familiarizado con la sintomatología de la intoxicación aguda de las sustancias más comunes ya que es una causa habitual de urgencia médica.

En la clasificación del DSM-IV (4ed) los trastornos por abuso de sustancias incluyen tanto el abuso como la dependencia a sustancias, a pesar de que estos criterios pueden ser de utilidad para identificar adolescentes con un patrón patológico de consumo, al haber sido desarrollados para adultos no van a ser del todo aplicables con los adolescentes. A pesar que el consumo de una sustancia es un prelude necesario para llegar al abuso o a la dependencia, para hacer el diagnóstico de abuso de una sustancia se requiere la evidencia de un patrón maladaptativo del consumo de la sustancia con un nivel clínicamente significativo de deterioro.

Por deterioro se entiende la incapacidad de asumir obligaciones lo que lleva al sujeto a reducir su funcionamiento en una o más áreas de su vida, a presentar comportamientos de alto riesgo y a un aumento de la probabilidad de presentar problemas legales debidos a la posesión o exposición a situaciones peligrosas.

La dependencia constituye un conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan después del consumo repetido de una sustancia y que típicamente incluye el deseo intenso de consumirla, dificultades para controlar su consumo, persistencia en el consumo de la misma a pesar de las consecuencias negativas, mayor prioridad al consumo de la sustancia que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia a la misma y a veces síndrome de abstinencia⁵⁹

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública, que hasta la actualidad no se le ha dado la importancia que se requiere, esto quizá por déficit de conocimiento y educación. Para la salud pública, el consumo de sustancias implica un aumento en la morbilidad y mortalidad, en especial en los adolescentes, cada

año, la dependencia de sustancias distintas de la nicotina es la causante, de manera directa o indirecta, al menos un 40% de todos los ingresos hospitalarios, a más que aproximadamente un 25% de las muertes se deben directamente al consumo de sustancias ilegales o de alcohol⁶⁰.

Las manifestaciones de ser consumidores de SPA inician desde el hogar, y en el rendimiento de las obligaciones por parte del adolescente, convirtiéndose en impulsoras o protectoras del consumo, lo que da como resultado el presentar antecedente familiar de consumo de, no es una variable que influye directamente en el consumo del adolescente ya que el núcleo lo conforman otros miembros además del que estuviera posiblemente afectado por la problemática del consumo, pero es un componente importante para estar en riesgo de consumirlo por ser la etapa adolescente carente de un criterio objetivo y por lo contrario se caracteriza por la búsqueda de experiencias propias y seguimiento de modelos sean positivos o negativos ⁶⁰.

El uso de sustancias psicoactivas, en la totalidad de los más antiguos grupos y tribus de cazadores y recolectores de distintos lugares del planeta, se remonta al comienzo mismo de la humanidad. Descubrimientos científicos revelan el empleo de algún tipo de sustancia psicoactiva acompañando cultos mágico-religiosos y actividades médico-terapéuticas; cabe aclarar que, para muchos pueblos, medicina, magia y religión eran en un principio prácticas casi insolubles; en ellas se utilizaban numerosas variedades de hierbas, hongos y plantas, ligadas a los procesos de comunicación espiritual, curación y prolongación de la vida y eran precedidas por autoridades indígenas o líderes considerados controladores de la naturaleza y cabezas médicas. ⁶¹

La autoridad espiritual hace uso de alucinógenos para lograr sus visiones, su fuente más importante de conocimiento. De esta forma esta se erige como una pieza fundamental en la

convivencia de la cultura indígena, pues es el sacerdote o chamán quien, aparte de tener el poder de comunicación con los espíritus antepasados, también tiene la responsabilidad de educar a las futuras generaciones para la preservación de sus rituales, la identificación de los frutos sagrados de la madre tierra y las técnicas de consumo que soporten los procesos de sanación corporal y espiritual. Por ejemplo, la práctica del consumo de tabaco en comunidades indígenas es de uso medicinal y está restringida si se lleva a cabo individualmente; la única manera en que se puede consumir es con la presencia de la autoridad que en este caso son los médicos tradicionales.⁶¹

Si bien es cierto que en las comunidades se consumen sustancias psicotrópicas, ya sea de índole alucinógena o embriagante, lo que se tiene en cuenta para determinar una construcción conceptual de planta sagrada o sustancia psicoactiva occidental es su significado en el consumo. Mientras que para las comunidades indígenas las plantas sagradas se consumen para tener un buen estado de salud y sobre todo por su implicación espiritual, la sociedad occidental consume SPA por placer y recreación.

El significado más en términos de sustancias psicoactivas en la ciudad para ese uso que se le da a las plantas medicinales con fines de vicio de pronto para sentirte bien y es algo que va a dañar tu salud, por eso es que en Occidente está prohibida, entonces por eso es que ponen letreros que dicen que no se pueden consumir. En cambio cuando se utilizan con fines medicinales te ayudan a sentir un bienestar general, y una armonía no solo en términos físicos sino en términos espirituales

Por consiguiente, es inaceptable para las comunidades indígenas que se cataloguen las plantas sagradas como sustancias psicoactivas; sería una errónea clasificación, pues son sustancias esenciales en la percepción del mundo nativo y su significado trasciende el uso psicoactivo.

Según Mejía, el consumo de psicoactivos en el contexto mágico-religioso, no representaba un problema social ya que hacía parte de una cosmogonía, tales como el uso del vino, yagé y el cannabis, entre otros. Ahora bien, cuando todo este mundo de experiencias se desnaturalizan, estas sustancias que antes tenían nombres propios se transforman en “la droga”, en un objeto mercantil, operación en la cual pierden su significado, e ingresan en la lógica del mercado⁶².

Sin duda alguna, con la llegada de los indígenas pertenecientes a diferentes etnias de todo el país a la ciudad, los significados sobre el consumo de plantas sagradas cambian. Manifiestan que en la ciudad es algo completamente diferente y que la forma de consumir es totalmente contraria a como se hace en las comunidades indígenas.

De esta manera, si bien las comunidades indígenas poseen creencias, hábitos y costumbres diferentes a los demás “occidentales”, la llegada a la ciudad trae consigo múltiples cambios en su manera de ver el mundo, coadyuvando a que su identidad cultural³ se pierda, por las costumbres o características que chocan con las que tenían arraigadas en su comunidad. En la población indígena sujeto de esta investigación, la identidad depende en gran medida de referentes “míticos”, que se convierten en una percepción que termina siendo un sentimiento, en ocasiones una creencia. En el caso de los indígenas presentes en la ciudad y cascos urbanos municipales, se presenta como una mirada al pasado orientada a la recuperación de tradiciones, lenguas, historia, tejido social, saberes y haceres, los cuales son moldeados de modo activo en el proceso de construcción de identidades, relaciones sociales y prácticas económicas en la ciudad ⁶³.

No obstante, cuando el indígena arriba a la ciudad, interacciona con un contexto donde la hibridación cultural presente muestra prácticas existentes que se van recombinando hasta constituir nuevas prácticas, en las que ritos del pasado son reordenados de acuerdo a una

lógica diferente, dando como resultado manifestaciones de adaptación cultural, que buscan reducir el peligro representado en la globalización y la modernización, como una estrategia para asegurar la sobrevivencia de la cultura propia⁶³.

Aunque en muchos casos esto se da, la identidad cultural puede ser permeada por todo tipo de transformaciones; cualquier persona que se encuentre provisional o definitivamente en otra cultura o sociedad, es vulnerable a todos los cambios que el medio ofrece y constreñido a aceptar elementos que favorecen el proceso de interrelación social.

Dichas conductas inciden propiamente en las acciones de occidentalización, que el indígena como catalizador y emisor de estas prácticas lleva a la comunidad, debilitando la propia identidad de los diversos pueblos indígenas y los amplios aspectos de diversidad cultural que poseen para la formación, el conocimiento y el consumo de plantas sagradas enfocadas a la curación, comunicación ancestral y demás rituales patrimoniales ejercidos con base en su cosmovisión y origen del mundo. Esto no solo debilita sino también propaga prácticas no inherentes al ser indígena⁶¹.

1.5.2. Calidad del sueño

El sueño es una función biológica fundamental, así múltiples investigaciones demuestran que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado de salud físico y psicológico de una persona. Los efectos del sueño no se limitan al propio organismo con la necesidad de restauración neurológica, sino que afectan al desarrollo y funcionamiento normal de las capacidades cognoscitivas e intelectuales de las personas. La calidad de sueño se refiere al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día y no solamente es importante como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida⁶⁴.

Como reporta Sierra (2002), La sociedad actual es consciente del gran impacto que surte el sueño sobre la vida de las personas. Los efectos del sueño no se limitan al propio organismo –necesidad de restauración neurológica, sino que afectan el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad (rendimiento laboral o escolar, relaciones interpersonales, seguridad vial). De este modo, la calidad del sueño constituye un aspecto clínico de enorme relevancia. Así lo demuestran las estadísticas al respecto: 30-40% de la población padece de insomnio, 1-10% sufre apneas de sueño y 60% de los trabajadores por turnos informa de alteraciones del ritmo circadiano ⁶⁵.

En este sentido, se estima que en Estados Unidos el costo material de los accidentes relacionados con la somnolencia, en 1988 superó los 43 mil millones de dólares; en España, el número de accidentes de circulación provocados por conductores somnolientos se eleva a 40,000 al año ⁶⁶.

No obstante, tal como se recoge en un informe estadounidense de 1994 de la National Commission on Sleep Disorders Research, nos enfrentamos a uno de los problemas médicos más extendidos y a la vez menos comprendidos. Por todo ello, es muy importante conocer de la forma más precisa posible la incidencia de estos trastornos, así como los factores que los pueden estar determinando. Para la consecución de este objetivo, y ante las dificultades que acarrea la evaluación polisomnográfica en la detección de la calidad del sueño, se ha optado en la mayoría de los casos por emplear instrumentos de autoinforme en dicha tarea.

Así, a lo largo de los últimos años se han elaborado múltiples instrumentos de este tipo, desde encuestas amplias hasta cuestionarios más específicos; dentro de este último contexto se sitúa el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg, que permite evaluar calidad al diferenciar entre buenos y malos dormidores.

Desde una perspectiva conductual podemos considerar que el sueño está determinado por cuatro dimensiones diferente: tiempo circadiano, esto es la hora del día en que se localiza; factores intrínsecos del organismo (edad, sexo, patrones de sueño, estado fisiológico o necesidad de dormir, etc.), conductas que facilitan o inhiben el sueño y, por último, el ambiente; estas dos últimas dimensiones hacen referencia a la higiene del sueño, que incluye las prácticas necesarias para mantener un sueño nocturno y una vigilancia diurna normales . La higiene del sueño estudia, entre otros aspectos, el efecto que ejercen determinados factores ambientales (luz, ruido, temperatura, etc.) y factores relacionados con la salud (nutrición, práctica de ejercicio físico y consumo de determinadas sustancias) sobre la calidad del sueño.

Se sabe, por ejemplo, que la exposición al ruido o las temperaturas extremas provocan efectos negativos sobre la arquitectura del sueño. El tipo de nutrición tiene también efectos sobre su calidad; por ejemplo, la vitamina B, el calcio y el triptófano favorecen el sueño ; el consumo excesivo de alcohol, cafeína y nicotina altera también la arquitectura del sueño; lo mismo sucede con muchos de los hipnóticos, por ejemplo, los barbitúricos y las benzodiacepinas ⁶⁷.

Ahora bien, una persona gasta un tercio de la vida durmiendo, esto es, alguien de 60 años de edad ha pasado aproximadamente 20 años durmiendo. A diferencia de lo que se pensaba anteriormente, el sueño es un proceso donde el cerebro se mantiene activo. Es una necesidad básica imprescindible para mantener la salud y la vida, como lo es el aire, la comida o el agua. El sueño es un evento fisiológico reversible que se desencadena por un proceso homeostático en el que están implicados algunos neurotransmisores, pero que también responde a un ritmo circadiano, por lo que las personas se mantienen despiertas cuando la homeostasis está al máximo; por ello, el ritmo circadiano está dominado por el

núcleo supraquiasmático, que responde a la luz y a la oscuridad. El conducto retino-hipotalámico transmite la luz desde el ojo al núcleo supraquiasmático y envía un mensaje de cuándo hay luz o cuándo hay oscuridad⁶⁸.

Con relación al insomnio, es la alteración del sueño más común en psiquiatría. La mayoría de los estudios señala que aproximadamente en la mitad de los pacientes que padecen de insomnio crónico existe una alteración psiquiátrica. Las causas psiquiátricas más comunes de insomnio son las psicosis, los trastornos del humor, los trastornos de ansiedad, el trastorno de pánico y la demencia.

Dentro de los psiquiatras, existe un gran interés por la relación entre el sueño y las alteraciones psiquiátricas, sobre todo en lo concerniente a saber si las enfermedades psiquiátricas llevan al insomnio, o viceversa. Existe una variación diurna del humor en las personas sanas, mientras en los pacientes con depresión se ha podido constatar que la privación de sueño provoca un efecto antidepresivo. Sin embargo, no es tan fácil comparar estos cambios de humor que se presentan durante el día entre sujetos sanos y pacientes, debido a la falta de instrumentos adecuados de medida, a interferencia de la medicación y a diferencias individuales del horario sueño-vigilia⁶⁸.

En el caso de los trastornos depresivos, el trastorno del sueño puede llegar a predecir hasta el 47% de los casos de depresión mayor al año y resulta mejor que otras quejas como los pensamientos recurrentes de muerte, los sentimientos de culpa, el retardo psicomotor, las alteraciones del peso, los cambios en el apetito y la fatiga. Aproximadamente un 80% de los pacientes con diagnóstico de depresión presenta alteraciones en sus patrones de sueño. La mayoría de ellos refieren como queja principal un despertar temprano o insomnio terminal, por lo que despiertan unas horas antes de lo necesario, a diferencia de los

pacientes que sufren de ansiedad, cuya queja fundamental es un retraso en la hora de conciliar el sueño.

El estudio de Riemann y Voderholzer, en 2003, informa que cuando comienzan a manifestarse las alteraciones del sueño, debe tomarse en consideración que en el paciente aumenta el riesgo de sufrir depresión, y cuando el insomnio persiste, se ha asociado con el inicio de un nuevo episodio depresivo. Las alteraciones del sueño durante la depresión pueden no limitarse tan sólo a la falta de sueño, sino que pueden estar presentes pesadillas, mala calidad de sueño, disminución del tiempo total de sueño y despertares nocturnos frecuentes.

Esto puede traer como consecuencia una sensación diurna de somnolencia y fatiga, que puede confundirse con los síntomas propios de la depresión, aun cuando tras una detallada anamnesis los pacientes logran diferenciar la fatiga por falta de sueño de la causada por depresión, cuando aluden a que tienden a tomar la siesta para compensar su deuda de sueño^{69,70}.

Un porcentaje menor de pacientes con depresión mayor, sobre todo los adultos jóvenes, se quejan de excesiva somnolencia diurna. En la depresión bipolar, los pacientes también se quejan de insomnio, pero asociado a hipersomnia, aumento de tiempo de sueño, dificultad para despertar en la mañana y excesiva somnolencia diurna. Los pacientes con depresión mayor presentan tres tipos de alteraciones fundamentales en la polisomnografía: continuidad del sueño, SOL y sueño MOR.

Estas alteraciones del sueño MOR parecen ser más pronunciadas durante el episodio depresivo y tienden a normalizarse durante la fase de recuperación. Sin embargo, las alteraciones del sueño permanecen presentes durante la fase eutímica y han sido propuestas como un marcador de los trastornos depresivos en sujetos asintomáticos o en familiares de

pacientes con depresión. Estas características del sueño se pueden mantener estables y se plantea que en los pacientes ancianos con depresión o demencia se podría establecer el diagnóstico diferencial con base en los patrones de sueño⁶⁸.

En atención a las poblaciones indígenas, internacionalmente se ha detectado que los estudios sobre sueño en indígenas han abordado el problema de aquellos que han emigrado hacia áreas urbanas o bien a estudios de consultorio orientados a la detección de trastornos del sueño, donde la etnicidad se convierte en un tema importante de discusión en cuanto a su influencia en la calidad del sueño.

En cuanto a esa área temática, Stepnowski (2008), plante que la arquitectura del sueño varía perceptiblemente según la pertenencia étnica encontrando diferencias particularmente importantes entre los indios americanos con respecto a blancos, negros, hispanos, o americanos asiáticos. También se considera la etnicidad como un factor influyente importante en la calidad del sueño. Pero existe cierta controversia al respecto y opiniones encontradas como la de Mezick (2008), quien considera que la influencia de la etnicidad sobre la calidad del sueño, parece coincidir más con los factores socio-ambientales adversos que por factores genéticos raciales^{71, 72}.

En torno a otro aspecto étnico, da relevancia a los factores étnicos y genéticos, en el riesgo de padecer apnea obstructiva del sueño, al relacionarlos con las variaciones en estructura cráneo-facial, obesidad, distribución de las grasas de cuerpo, y estado socioeconómico. Estos resultados evidencian una relación entre el bajo nivel socioeconómico y la calidad del sueño en las etnias minoritarias en áreas urbanas⁷³.

De tal manera que la etnicidad continúa siendo un tema controversial dentro de los estudios de la calidad del sueño. Entre los investigadores de este tema en etnias indígenas a nivel internacional se evidencia un interés particular por estudiar a aquellos que al haber

migrado a áreas urbanas, se han visto sometidos a procesos de aculturación y expuestos a contaminantes que requieren de su adaptación y cuyos efectos deletéreos repercuten en su calidad del sueño. Sin embargo, son excepcionales los estudios de etnias indígenas en su ambiente geoclimático natural, que si bien esta rodeado de precariedad, ésta forma parte de su cotidianidad en la cual existe una adaptación natural exenta de contaminantes urbanos⁷³.

Entre los autores que se han dedicado al estudio del sueño en indígenas se encuentra Froese (2008), quien detecta que los trastornos del sueño son muy comunes en indígenas de la British Columbia en Norteamérica y que el sueño de las mujeres es más liviano que el de los hombres. Otras etnias indígenas que han sido objeto de estudio del sueño son los indígenas Maoríes de Nueva Zelanda, etnias de origen Polinesio que representan cerca del (14%) de la población de ese país, donde se encontró que el (72.5%) de la muestra presentaba síntomas de insomnio, perceptiblemente más alto en los indígenas Maori que los no-Māori. Estos síntomas estaban asociados perceptiblemente a una precaria calidad de vida⁷⁴.

1.5.3. Calidad de vida

Según la OMS la definición de Calidad de Vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. El concepto está directamente asociado al de bienestar, el cual ha sido objeto de una atención permanente en los temas de del desarrollo social, económico y cultural que busca un equilibrio entre la cantidad de seres humanos, los recursos disponibles y protección del

medio ambiente. Debe tener en cuenta al tomar decisiones los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna con libertad, equidad y felicidad.

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida ⁷⁵. En esta definición hay varios aspectos que señalar, en primer lugar que calidad de vida es un estado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee. Realización personal y calidad de vida son dos aspectos que se han ligado, y que sin duda están altamente correlacionados.

A pesar de este interés en la calidad de vida, es importante constatar que no existe una definición acertada de calidad de vida. Distintos autores utilizan diferentes definiciones implícitas pero no las explicitan. En general se refieren a una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. La calidad de vida se considera que es una combinación de elementos objetivos y de la evaluación individual de dichos elementos. Calidad de vida objetiva y calidad de vida percibida son dos conjuntos de factores que interactúan. El estilo de vida sería una dimensión compuesta por elementos físicos, materiales y sociales. Por otra parte la calidad de vida sería subjetiva y objetiva; sería una propiedad de la persona más que del ambiente en el cual se mueve. La calidad de vida familiar, comunitaria, laboral, etc. Parecería ser más subjetiva que objetiva

⁷⁵.

Se han separado los aspectos objetivos de la calidad de vida (indicadores sociales) y los aspectos subjetivos o percibidos. Podríamos enunciar que los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son los siguientes: 1. Bienestar emocional 2. Riqueza material y bienestar material 3. Salud 4. Trabajo y otras formas de actividad productiva 5. Relaciones familiares y sociales 6. Seguridad 7. Integración con la comunidad.

Es importante conocer, que se han presentado varias connotaciones del termino calidad de vida. Calidad de vida (quality of life): Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal; calidad de vida como bienestar (well-being): valoración subjetiva del estado de salud, que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico. Tiene que ver con el desarrollo de potencial humano a nivel físico, psíquico y social.

Siguiendo con ello, se presenta la calidad de vida como condiciones de vida (living conditions): referida al nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del entorno físico en el cual vive la persona. Finalmente, calidad de vida como estado positivo de salud (positive health), es decir, estado de salud que va más allá de un estado asintomático; se refiere por lo general a la calidad de vida y al potencial de la condición humana e incluye la energía para vivir, la autorrealización y la creatividad ⁷⁶.

La calidad de vida relacionada con la salud, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de la CV que es debido a las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global.

En este sentido, la calidad de vida no tiene connotación económica solamente, sino que tiene que ver más bien con desarrollo humano; puede mejorar independientemente de los recursos materiales. El bienestar psicosocial es un componente fundamental de la CV e incluye: recreación, trabajo digno, reconocimiento, participación, afecto, conocimientos – habilidades – hábitos y valores para la vida diaria, sentido de la vida versus vacío existencial, experiencia mutua solidaria, etc. Lo que le falta a la pobreza no es (solamente) riqueza sino una mejor CV, la cual a su vez también puede faltarle a los ricos ⁷⁷.

Con relación a su medición, la mejor manera de acercarse es a través del grado en que las necesidades de felicidad de la gente se cumplen, es decir, estas necesidades son una condición necesaria de la felicidad de cualquier persona – sin las cuales ningún miembro de la raza humana puede ser feliz (33). El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha publicado el Índice Anual de Desarrollo Humano (HDI) para los países de todo el mundo. Se analiza la salud, la educación y la riqueza de los ciudadanos de cada nación por la medición de la esperanza de vida, el rendimiento escolaridad y el nivel de vida (PIB real per cápita).

Recientemente se han encontrado publicaciones en las que los autores concluyen que la literatura sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres cosas: (a) Es subjetiva, (b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida. En este contexto, es importante destacar la necesidad que plantean algunos autores de incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida ⁷⁸.

Según la OMS, los sistemas curativos tradicionales y la atención biomédica occidental coexisten en todas las regiones del mundo, pero los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos

indígenas. Según las estimaciones de la OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria.

En tal sentido, Los niños nacidos en familias indígenas a menudo viven en zonas alejadas, donde los gobiernos no invierten en servicios sociales básicos. Por consiguiente, los jóvenes y los niños indígenas tienen un acceso limitado o nulo a la atención de la salud, la educación de calidad, la justicia y la participación en la sociedad. Corren mayores riesgos de que su nacimiento no se inscriba y de que se les nieguen documentos de identidad.

Los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más probabilidades de que se suiciden y, en términos generales, tienen una peor salud que el resto de la población^{79, 80}.

1.5.4. ESTRÉS PERCIBIDO

El estrés percibido aparece como una de las variables que más interés ha despertado en los últimos años, principalmente por su constatada relación con variables de salud. En una buena parte de los casos, el estrés percibido sería consecuencia de un inadecuado afrontamiento de los conflictos o bien los estímulos estresantes serían consecuencias del mal afrontamiento que, lejos de resolver los conflictos, generarían una espiral de pérdida de recursos. A su vez, el estrés percibido puede ser un elemento causal o mediador en multitud de problemas de salud física o psicológica y provoca el bloqueo del funcionamiento de la corteza prefrontal, derivando en la pérdida del control superior de la conducta⁸¹.

El principal interés de la EEP radica en el hecho, poco habitual, de que se ha encontrado sólida relación entre la medida que proporciona y marcadores biológicos, como la respuesta inmune o el estrés oxidativo y la actividad de la telomerasa y en consecuencia, la longitud de los telómeros, relacionados con la regeneración celular y la longevidad. También se ha sugerido una estrecha relación con la sintomatología prefrontal, mostrando ser una variable imprescindible para comprender el deterioro cognitivo leve y el inicio de procesos degenerativos cerebrales⁸¹.

El autor explica que los enfoques fisiológicos y bioquímicos se centran en las respuestas orgánicas que se generan en la persona cuando se enfrenta a una situación percibida como amenazante. Por su parte, los enfoques psicosociales hacen énfasis en factores externos; es decir, en los estímulos y eventos productores de estrés. Por su lado, los enfoques con una orientación cognitiva subrayan que el estrés surge a partir de la evaluación cognitiva que la persona realiza tomando en cuenta tanto aspectos internos como aquellos propios del ambiente. Por otra parte, los enfoques más integradores consideran que el estrés debe comprenderse desde una perspectiva más amplia, por cuanto en este convergen e interactúan muchas variables. Se considera que el estrés no es algo que pertenece solo a la persona o al ambiente, ni es tampoco un estímulo o una respuesta, sino que más bien es una relación dinámica entre la persona y el ambiente.

Esto significa que la persona no es una víctima pasiva del estrés, y que su forma de interpretar los acontecimientos y la manera de valorar sus propios recursos y posibilidades para enfrentarlos, determina en gran medida la magnitud de la experiencia de este. Dependiendo de la forma en que la persona piense y de los sentimientos e imágenes que tenga respecto de una situación, puede crear, aumentar, mantener o disminuir la respuesta a él.

Se puede decir entonces que, de acuerdo con la literatura científica, el estrés implica cualquier factor externo o interno que induce a un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de sí misma y en relación con su ambiente⁸².

Así mismo, diversos eventos de la vida tienen la propiedad de ser factores causantes de estrés, los cuales provocan un desequilibrio emocional; el estrés se presenta cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar; se presentan de esta manera dos procesos: una valoración cognitiva del acontecimiento y un proceso de afrontamiento. En el primero, la persona valora si la situación puede dañarla o beneficiarla, es decir, cuánto y cómo repercute en su autoestima; en el segundo, estima lo que puede hacer o no para enfrentar la situación, para prevenir un daño o mejorar sus perspectivas.

Naranjo (2009), nos presenta tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento. En cuanto a la fase de alarma, constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas ante este agente son las primeras que aparecen para advertir a la persona que debe ponerse en estado de alerta una vez percibida la situación; por ejemplo, cuando hay exceso de trabajo o estudio, esta fase puede hacerle frente y resolver esto de la mejor forma posible, con lo cual la verdadera señal de estrés no llega a materializarse. Solamente cuando la barrera estresante supera a la persona y esta se da cuenta de que sus fuerzas no son suficientes, puede decirse que toma conciencia del estrés existente, lo cual la sitúa así en la fase de alarma.

Cuando el estrés prolonga su presencia más allá de la fase de alarma, la persona entra en la segunda fase, denominada de resistencia. Intenta continuar enfrentando la situación, pero se da cuenta de que su capacidad tiene un límite y, como consecuencia de

esto, se frustra y sufre. Empieza a tomar conciencia de que está perdiendo mucha energía y su rendimiento es menor, lo cual la hace tratar de salir adelante, pero no encuentra la forma; esto hace que esta situación se convierta en un círculo vicioso, sobre todo cuando va acompañada de ansiedad por un posible fracaso⁸³.

Posteriormente, se presenta la fase de agotamiento que es la fase terminal del estrés. Esta se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión, las cuales pueden aparecer por separado o simultáneamente. La fatiga incluye un cansancio que no se restaura con el sueño nocturno, y generalmente va acompañada de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira. Respecto de la ansiedad, la persona la vive frente a una diversidad de situaciones, no solo ante el agente estresante, sino también ante experiencias que normalmente no se la producirían. En cuanto a la depresión, la persona carece de motivación para encontrar placenteras sus actividades, sufre de insomnio, sus pensamientos son pesimistas y los sentimientos hacia sí misma son cada vez más negativos⁸³.

1.6. OTROS FACTORES CLINICO-EPIDEMIOLÓGICOS

1.6.1. Género

Diversos autores concuerdan en que el género ejerce un efecto sobre la manifestación de la psicopatología, no siendo la depresión una excepción. En la clínica se observan diferencias en la manifestación de la sintomatología, dadas por la mayor irritabilidad y menor llanto en la depresión masculina, así como también una mayor frecuencia de conductas riesgo o consumo de sustancias en comparación con las mujeres (Nolen-Hoeksema, 2012)⁸⁴

En relación a las mujeres, existen distintas definiciones respecto del curso de la depresión durante el período de embarazo y posparto. Algunos señalan que la mayor

incidencia se presenta durante el período posparto otros discuten si la depresión en el embarazo o posparto es más o menos severa que en otras etapas de la vida.

La presentación sintomática de la depresión posparto es similar a aquella depresión no vinculada al embarazo, exceptuando que el contenido puede estar centrado en el hecho de haber tenido un hijo. La depresión posparto se caracteriza por llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del bebé, problemas de memoria, fatiga e irritabilidad. Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud del bebé o verse a sí mismas como madres malas, inadecuadas o poco cariñosas (Stewart, 2013)⁸⁵

1.6.2. Ámbito laboral

La depresión además de tener graves consecuencias en términos de sufrimiento individual, tiene un gran impacto en el funcionamiento social y la capacidad laboral de las personas. Ya que, conjuntamente con el ausentismo, existen además, dos (2) consecuencias de la depresión sobre la capacidad de trabajar relevantes desde lo individual, primero, los trabajadores deprimidos necesitan un esfuerzo extra para ser productivos durante su trabajo; y en segundo lugar, los trabajadores deprimidos experimentan limitaciones específicas en su capacidad de trabajar. Finalmente, tienen un mayor riesgo de perder su trabajo, esto aumenta el riesgo de una espiral descendente, ya que a su vez es un factor de riesgo. (Nieuwenhuijsen, 2013)⁸⁶

1.6.3. Enfermedad crónica concurrente

La comorbilidad de depresión y enfermedades crónicas no sólo disminuye la sobrevida, sino que también tiene un impacto en la calidad de vida de las personas. El aumento en el

riesgo de mortalidad en personas que han sufrido un ataque cardíaco y que presentan una depresión concomitante, es exclusivo para personas que desarrollan el trastorno depresivo posteriormente.

En el caso de las personas con depresión y con una enfermedad crónica concomitante, el pronóstico de la depresión suele ser sustancialmente peor, dado que el problema de salud físico seguirá estando presente, aunque la evidencia objetiva de esta afirmación no está disponible. La depresión ocurre en ausencia de enfermedades crónicas físicas, generalmente está acompañada de variados síntomas somáticos; cuando se acompaña con una enfermedad crónica física, la dificultad para distinguir los síntomas somáticos de aquellos que ocurren producto del problema de salud pública, es excepcionalmente desafiante.

Frecuentemente acuden a la atención primaria personas con depresión y un problema crónico de salud física, pero sólo una minoría de los pacientes señala algún problema psicológico como motivo de consulta. Grandes estudios epidemiológicos poblacionales, han reportado tasas más altas de riesgo suicida relacionado con distintos problemas graves de salud física, incluido el cáncer, diabetes, enfermedades renales terminales, epilepsia, esclerosis múltiple, infartos y traumatismos cerebrales. Estos hallazgos señalan la importancia de detectar y tratar la depresión en personas con un problema crónico de salud física.⁸⁷

1.6.4. Adultez mayor

En los adultos mayores los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva. De las depresiones con demencia reversible, cuyos síntomas cognitivos remiten casi

completamente después del tratamiento antidepresivo, un cuarenta por ciento (40%) desarrolla demencia dentro de los siguientes tres (3) años. (Dechent, 2008).⁸⁸

1.6.5. Factores protectores y de riesgo

En algunos casos los factores de riesgo que son atinentes a alguna población con una característica particular son señalados. La siguiente lista es inespecífica para población general:

- a) Presencia de enfermedades crónicas, como el cáncer, diabetes, problemas cardíacos o el VIH han demostrado incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo.
- b) En mujeres, la obesidad mórbida con un IMC mayor a 40 ha mostrado tener una fuerte asociación con depresión.
- c) La fatiga crónica ha mostrado asociación con la presencia de trastornos depresivos, distimia y trastorno bipolar.
- d) Situaciones de violencia intrafamiliar.
- e) Historia familiar o antecedentes personales de depresión.
- f) Eventos traumáticos o eventos vitales estresantes.

El ambiente laboral ha mostrado una fuerte asociación con los trastornos depresivos. El alto grado de demandas psicológicas, el sistema de carga y recompensa, el ambiente laboral, la libertad de decisión, el apoyo social percibido, nivel de estrés y tensión laboral, así como la inseguridad estabilidad han mostrado ser factores con mayor asociación con el desarrollo de sintomatología o trastornos depresivos.

Existe evidencia respecto que el apoyo de los supervisores es una de las dimensiones que impacta beneficiosamente la salud de los trabajadores, particularmente respecto de la

depresión. Otros estudios han hallado que el apoyo social en el trabajo está directamente relacionado con el control de trabajo, menor depresión y alto nivel de desempeño laboral. Además se ha relacionado con una menor tasa de ausencias laborales debido a la depresión.

En un análisis de cinco (5) cohortes, un grupo de autores definió que en la tercera edad, los riesgos que han mostrado una asociación más fuerte con el desarrollo de la depresión son:

- a) Alto nivel de neuroticismo.
- b) Peor función física o cognitiva.
- c) Mayor discapacidad.
- d) Mayor consumo de medicamentos.

Las asociaciones entre historia de enfermedades del corazón, derrames cerebrales o diabetes y mayor riesgo de ansiedad y depresión, no fueron estadísticamente significativas, después de ajustar por potenciales variables de confusión o de mediación en personas de la tercera edad.

Una revisión crítica encontró que existen diferencias de género en los factores de riesgo para desarrollar depresión. Entre las causas de las mayores tasas de depresión encontradas en las mujeres que entre los hombres, los autores mencionan:

- a) El umbral de las mujeres para reportar sintomatología depresiva es menor que el de los hombres.
- b) Las escalas de tamizaje y pruebas diagnósticas de la depresión no recogen las diferencias de género en las manifestaciones de la depresión.
- c) Los hombres tienden a síntomas externalizantes mientras que las mujeres a los internalizantes.

Entre los hallazgos no encontraron diferencias en los factores de riesgo biológicos para el desarrollo de la depresión entre mujeres y hombres, sin embargo algunas diferencias en la posición y rol social, estrategias de afrontamiento y vulnerabilidad son mencionadas.⁸⁹

1.7. LAS ETNIAS INDÍGENAS EN VENEZUELA Y EL ESTADO ZULIA

La Unión de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), ha sentenciado que 350 millones de personas en 70 países pertenecen a etnias indígenas, y a pesar de su importante contribución a la diversidad cultural de la humanidad y al desarrollo sostenible, muchos siguen estando socialmente marginados y privados de sus derechos básicos. Por lo cual, se contemple ejecutar acciones orientadas a proteger y promover la diversidad cultural, fomentar el diálogo intercultural y fortalecer los vínculos entre cultura y desarrollo; contrarrestando el desplazamientos, del despojo de sus tierras y la falta de acceso a los servicios sociales básicos, entre ellos la salud.

La organización, insta a sus países signatarios a gestar Estrategias a Plazo Medio de la UNESCO para los años 2008-2013, aceptando a los pueblos indígenas entre los sectores más vulnerables de la sociedad cuyas necesidades deben abordarse como una prioridad, mediante el compromiso de reforzar la conciencia de su contribución cultural al desarrollo sostenible mundial.

En este mismo orden mundial, se hace necesario investigaciones como la presente, tendentes a mejorar la calidad de la salud general y bucal en poblaciones étnicas indígenas; dando respuesta, a lo demandado en la declaración del “*Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo*”, promovida por la Unesco en su 64ª Sesión Plenaria celebrada en 2006; principalmente se reafirma el compromiso de los Estados en avanzar en la promoción de los derechos humanos de los pueblos indígenas del mundo.

Principalmente, en lo concerniente a cultura, educación, salud, medio ambiente y desarrollo social y económico, con estrategias dirigidas a propiciar el respeto de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de los pueblos indígenas.

Así mismo, la *“Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas”* (2007), expresa el sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, educación, empleo, capacitación y readiestramiento profesionales, vivienda, saneamiento, salud y seguridad social. Aun cuando se preserva el derecho a sus propias creencias sobre el proceso salud-enfermedad, también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

En el caso de la salud bucal, la investigación se fundamenta igualmente en la *“Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental para las Américas”*, promulgado en 2006, por la Organización Panamericana de la Salud en su 47º Consejo Directivo, se reconoce la salud oral como aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en toda la Región de las Américas debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, de su asociación con enfermedades sistémicas, el ser causa del éxito o fracaso de algunas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de promoción y prevención. Se espera de los países miembros a formular los esfuerzos posibles para asegurar un nivel básico de acceso a la atención de la salud oral, con énfasis en los grupos vulnerables, incluidas las poblaciones étnicas.

Partiendo de este marco normativo internacional, Venezuela adelanta algunas acciones dirigidas al mejoramiento de la salud general y bucal de las etnias venezolanas, tal como se contempla en el *“Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación Proyecto Nacional Simón Bolívar”*. Entre sus estrategias y políticas se encuentra, superar la pobreza

y atender integralmente a la población en situación de extrema pobreza y máxima exclusión social, apoyando integralmente a la población indígena; así como optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y la rehabilitación de la población afectada.

De igual modo, la “*Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas*”(2005), contempla en sus artículos 111 y 112, el derecho de los indígenas al uso de su medicina tradicional y prácticas terapéuticas para la protección, fomento, prevención y restitución de su salud integral, sin que esto signifique limitar el derecho de acceso a los demás servicios y programas del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Por el contrario, las instituciones prestadoras de salud, deberán ofrecer su servicio oportuno con igualdad de oportunidades, equidad y calidad de servicio respecto al resto de la población nacional.

En el caso de Venezuela, país reconocido como multiétnico y pluricultural por la Carta Magna vigente, la etnicidad es una construcción social y cultural donde convergen características colectivas, aunque no necesariamente se limitan, al lenguaje, la indumentaria, la espiritualidad, a los patrones de interacción social, los hábitos alimenticios, el entorno geográfico, el parentesco y la ascendencia biológica y social (Crews, 1991).

Tal como lo refieren Fasanella y Machado (2009), la historia de Venezuela, muestra un notable proceso de transculturación y mestizaje, cuyas raíces prehispánicas y africanas, se consolidaron en los siglos coloniales y entrelazaron en distintas proporciones en cada grupo humano, dando lugar a nuevas y variadas expresiones de su multiculturalidad. Por tanto, se reconocen como etnias venezolanas tres grandes grupos: 1. Indígenas, 2. Criollos y 3. Biculturales-binacionales, donde se incluyen los afrodescendientes.

Con respecto a la concepción particular de la culturas étnicas del proceso salud-enfermedad, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), los grupos indígenas consideran la armonía individual ligada al universo como la fuente de la salud y el ideal de vida; aunque en algunos grupos existe dualidad de pensamiento y otorgan un alto valor a sus ancestros y a los espíritus. En consecuencia, la salud es entendida en grupos étnicos como el resultado de las relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad, la naturaleza y el comportamiento social.

En palabras de López y Hernández (2010):

Los pueblos indígenas venezolanos son supervivientes del genocidio y del etnocidio cometido primero por los conquistadores españoles y luego por la sociedad criolla. No es casual su escaso número poblacional y su confinamiento a las regiones limítrofes y selváticas del país. El acoso contra los indígenas, por arrebatarles sus tierras y extirpar sus culturas aún no ha cesado en Venezuela, aunque se deben reconocer los enormes avances logrados a partir de la Constitución Nacional aprobada en 1999 (p.2).

En el caso particular de pueblos indígenas, el Instituto Nacional de Estadística DE Venezuela (2013), a través de VIX Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en 2011, reporta una población indígena nacional de 725.141 personas, distribuidos en los pueblos, Wayúcon 58%, Warao 7%, Kariña 5%, Pemón 4%, Piaroa 3%, Añú 3%, Cumanagoto 3%, Jivi 3%, Chaima 2%, Yucpa 2%, Yanomami 1% y otros pueblos 9%.

Los Pueblos Indígenas existentes e identificados en Venezuela son: baniva, baré, cubeo, jivi (guajibó), hoti (hodi), kurripaco, piapoco, puinave, sáliva, sanemá, wotjuja (piaroa), yanomami, warekena, yabarana, yekuana, mako, ñengatú (yeral), kariña, cumanaquito, pumé (yaruro), kuiba, uruak (arutani), akawayo, arawako, eñepá (panare), pemón, sape, wanai (mapoyo), warao, chaima, wayuu, añú (paraujano), barí, yukpa, japrería, ayaman, inga, amorua, timoto-cuicas (timotes) y guanono.



Gráfico N° 1. Distribución etnográfica de los pueblos indígenas de Venezuela Fuente: Rivero (2007). <http://200.44.98.254/images/contenidos/pindigenas-mapal.jpg>

En cuanto a su distribución por estado, Zulia reporta 61,18%, Amazonas 10,50%, Bolívar 7,54%, Delta Amacuro 5,73%, Anzoátegui 4,68%, Sucre 3,06%, Monagas 2,47%, Apure 1,60% y 3,23% para otras entidades. Se observa, el predominio poblacional-demográfico de la etnia Wayuu, quienes agrupan a 420.582 personas del total general nacional, ubicadas en el estado Zulia, donde se concentra mas del 60% de las etnias indígenas venezolanas.

Esta realidad multiétnica venezolana, se confronta con la práctica del psiquiatra en comunidades diferentes culturalmente, donde se observan según Pirona, García y Rincón (2006), “choques culturales”, originados en la diversidad de lenguas y hablas diferentes existentes, la desmotivación de los pacientes para asistir a las consultas, incumplimiento y falta de seguimiento de los tratamientos iniciados, la escasa participación de la población en programas preventivos y curativos; reflejado posteriormente en una práctica profesional poco efectiva en la resolución de problemas planteados en la complejidad de la diversidad socio-cultural venezolana.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.2. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. El organismo señala que para todas las personas, la salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados³.

Se exponen también que la salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física, lo que lleva a la salud mental a ser objeto de abandono e indiferencia.

En el mundo actual, según Medina, et al¹, las enfermedades mentales ocupan los primeros lugares en la carga de enfermedad y son responsables de 7.5% de la carga global, lo que representa 15 millones de días perdidos por mortalidad prematura o por discapacidad; ocupan en el mundo el lugar 11 de 88 condiciones analizadas, con un avance de cuatro lugares si se le compara con el lugar 15 que ocupaban en 1990.

A menudo, el término depresión o trastorno depresivo es confuso y tiende a ser malinterpretado, ya que se utiliza con excesiva frecuencia para describir estados anímicos negativos normales, que desaparecen con facilidad o tienen un carácter transitorio. Entre muchas definiciones se puede decir que es una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del

individuo, así como un trastorno médico mayor con alta morbilidad, mortalidad e impacto económico"(Zarragoitia, 2010)².

A pesar de las creencias populares y los mitos, los trastornos depresivos no son causados por una debilidad personal, un fallo de carácter o como consecuencia de una inmadurez psicológica latente. Contrario a ello, una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales contribuye y desempeña una función determinante en la aparición, la consolidación y el desarrollo de los síntomas característicos de la depresión.

En efecto, los trastornos depresivos son una condición clínica frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a trescientos cincuenta millones de personas (350) según la OMS. La carga mundial de depresión está en aumento siendo considerada como la principal causa de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La depresión constituye un reto para la Salud Pública ya que su prevalencia es muy alta, el número de personas que la sufren a lo largo de sus vidas representa entre el ocho y quince por ciento. De ahí que en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.⁵

Según la OMS, el costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico. Es decir, se plantea el problema del impacto económico que se genera en el individuo y se induce a la sociedad dado que afecta el ingreso personal, la disponibilidad y productividad

laboral lo cual al efectuar la suma de horas hombre incide en la contribución a la economía, aunado a la mayor utilización de los servicios médicos⁵.

En atención a ello, Kessler (2002) plantea que la depresión es uno de los trastornos más comunes que se presentan dentro de la Psiquiatría de atención primaria y desde la perspectiva social quizás es el más costoso; es un desorden altamente recurrente con un incremento de la irrupción de un episodio inicial en las personas jóvenes. Cerca del quince por ciento (15%) de las personas deprimidas se suicidan; es así que cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.(OMS, 2016).^{6, 3}

Debe señalarse que en América Latina y el Caribe la depresión se estima que la padece el 5% de la población adulta, es decir, aproximadamente 17 millones de personas, de las cuales, 63 mil fallecen por suicidio. En el caso de Venezuela, el Ministerio de Salud de Venezuela señala que para el dos mil ocho, 216.957 individuos sufrían de algún tipo de trastorno mental en el país; en este orden, 7,4% de la población padece de trastorno depresivo mayor y se considera que anualmente fallece el 0.54% por suicidio, siendo el Distrito Capital la entidad con mayor número de casos, seguido por el Estado Miranda y en tercer lugar el Estado Zulia. (OPS, 2009; MPPS, 2011).^{7, 8}

En el caso del la Región Occidental para el año 2014, según registros de la Secretaria de Salud del Estado Zulia, fueron atendidos solo en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo, 12.368 pacientes por consulta externa, 5.333 emergencias y 516 hospitalizaciones. Es de hacer notar que el referido hospital atiende a los estados Zulia, así como a otros circunvecinos, pues es el único centro de salud especializado en material de salud mental.⁹

A pesar de la magnitud de esta situación clínica como problema de salud pública, más del 75% con este trastorno no reciben tratamiento o lo reciben de una manera inadecuada (OMS, 2016), es decir existe una brecha terapéutica donde la mayoría de las personas no son diagnosticadas y tratadas de manera adecuada. Esto se justifica entre otras razones, por el hecho que mas de la mitad de los casos de depresión se presentan en contextos de atención primaria de salud, donde seria mas conveniente desde el punto de vista epidemiológico indagar el problema en la población aparentemente sana.⁴

En un estudio epidemiológico realizado en Caracas, se diagnosticó la depresión en el 7.6% de la población del estudio aplicado en personas aparentemente sanas (Marsiglia, 2010). De hecho en el adulto la depresión algunas veces presenta una causa aparente y otras no. El ánimo depresivo puede surgir como reacción ante una enfermedad física, ante el fallecimiento de un ser querido, como consecuencia de estar sometido a un estrés continuado o sobrecargado de trabajo, o secundaria al hecho de estar desempleado o de tener problemas económicos, de vivienda o en las relaciones con los demás, pero a diferencia de lo que ocurre en la depresión, la reacción es mucho menos intensa y de corta duración¹⁰

Ahora bien, con relación a los factores epidemiológicos presentes en la población susceptible, tenemos que en atención primaria, se identifican ciertos grupos en la población, que califican como población susceptibles a padecer de depresión sub clínica, tales como: pacientes con presencia de múltiples síntomas inexplicables, frecuentación excesiva a la consulta médica no programada o a los servicios de urgencia sin motivos claros, alteraciones del sueño, problemas en el trabajo y relaciones interpersonales, cansancio, dificultad para la concentración y toma de decisiones, alteraciones del humor, perdida o ganancia de peso inexplicable y fatiga crónica.

De igual importancia son las características demográficas de edad, sexo, etnia, condición socioeconómica, nivel educativo, composición del grupo familiar y su funcionalidad, ocupación, profesión, antecedente personales o familiares de enfermedad crónica de tipo física y mental; así como pérdidas recientes, eventos recientes estresantes, eventos traumáticos, cambios importantes en el modo de vida y historia de violencia personal o colectiva.

Se plantea entonces como prioritario, la necesidad de identificar factores de riesgo en pacientes que acuden a centros de atención primaria. El análisis precedente muestra el compromiso de reforzar la atención en el primer nivel dado que se puede estar en presencia de personas aparentemente sanas que acuden al servicio médico y pueden ser tratadas o no en forma asertiva (Mitcell, 2013).¹¹

En este sentido, en opinión de García et al, la Atención Primaria constituye el espacio idóneo para el abordaje de esta clase de problemas y así lo recomienda la OMS, promoviendo, en consecuencia, este primer nivel asistencial como el lugar lógico para dar respuesta a la mayoría de las necesidades de atención de la salud mental, incluso en los países desarrollados¹². Se plantea entonces la importancia de los centros prestadores de salud, sobre todo en los primeros niveles de atención, pues la depresión no sólo debe considerarse un problema de especialistas en salud mental; por el contrario, en la evaluación diaria de pacientes debe buscarse las diferentes manifestaciones clínicas que caracterizan este cuadro clínico en la mayoría de los casos inaparente.

Dentro de este orden de ideas el médico de atención primearía es el proveedor ideal para identificar y tratar la depresión en fase temprana, siendo por lo tanto habitualmente el primero, y a veces el único contacto con los servicios de salud de las personas con trastornos afectivos; en efecto, los modelos de atención colaborativa entre Atención

Primaria y Salud Mental están adquiriendo un desarrollo considerable a nivel internacional, con evidencias crecientes de su idoneidad para abordar problemas complejos de Salud Mental.

Tal como lo planteó la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), las necesidades de América Latina en materia de nosología psiquiátrica son particulares ya sólo por el hecho innegable de que la manera de enfermar de su población está influida fuertemente por su cultura. También, las circunstancias socioeconómicas de amplios sectores de esta población obligan a enfatizar aspectos de prevención y promoción de la salud, que requieren un enfoque particular a la manera de organizar los trastornos que aquejan a estos pacientes¹³.

Como resultado la APAL señala, que finalmente se hace necesario proponer una manera apropiada de evaluar a los pacientes y de describir sus condiciones clínicas, de modo que el diagnóstico sirva a sus verdaderos propósitos de informar efectivamente el tratamiento, orientar los programas de prevención y facilitar los esfuerzos de promover la salud mental.

En atención a la problemática expuesta, es evidente la importancia del tratamiento de la depresión por su impacto en la persona. La presencia de este trastorno se puede considerar alta y si no es detectada y tratada a tiempo puede afectar gravemente la salud personal con las consecuencias que se generarían en su entorno además de distraer valiosos recursos en el sistema de salud que pueden ser utilizados en otras actividades y ser así más eficaces en la atención médica lo que orienta a la realización de estudios para detectar trastornos depresivos y factores epidemiológicos asociados en centros de atención primaria en salud en la población venezolana.

2.3.Objetivos de la Investigación

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, que según datos oficiales afecta a trescientos cincuenta millones de personas (350) según la OMS. La carga mundial de depresión está en aumento siendo considerada como la principal causa de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. En América Latina y el Caribe, los trastornos neurológicos y mentales representan un 22,2% de la carga global de enfermedad. A pesar de ello, según la Federación de Psicólogos de Venezuela (FPV) y la Red de Apoyo Psicológico (RAP) de las universidades UCAB, UCV, UECB y UNIMET el termino salud mental está ausente de la memoria y cuenta del año 2013 del Plan Nacional de Salud y la Ley de Presupuesto Nacional del año 2015.^{14, 15}

Por otra parte y como componente de la calidad de vida, la salud mental es un elemento fundamental que debe considerarse al evaluar la percepción de los individuos de las condiciones en que viven; es así que la salud mental en población general, no solo como la ausencia de enfermedades o síntomas, sino también como un recurso intelectual y emocional que soporta el bienestar personal y fortalece la integración social¹⁶.

Por tanto, constituye un reto para la investigación en neurociencias, ya que su prevalencia es especialmente alta, el número de personas que la sufren a lo largo de sus vidas representa entre el 8 y 15 % y son propensos a perder varios años debido a la condición de discapacidad. De ahí que en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales

En ese contexto, se hace necesario realizar la presente investigación, la cual se considera relevante pues no existen estudios sobre el perfil de salud mental en los pueblos indígenas de Venezuela, ni en el estado Zulia, aun siendo el mayor área geográfica de Venezuela con población étnica.

Por otro lado, la APS de salud puede jugar un papel importante en la continuidad de cuidados y en el seguimiento terapéutico así como constituir un elemento de enlace entre la comunidad y los servicios de salud mental. La accesibilidad, el conocimiento de la familia y del contexto por parte de los profesionales de APS pueden favorecer esta función coordinadora con los servicios especializados y los servicios sociales, muy importantes para este tipo de pacientes.

En este mismo contexto, la salud mental en el marco de la atención primaria de salud incluye dos elementos que frecuentemente se confunden o no están bien delimitados: la dimensión psicosocial de la atención integral en salud, y la identificación y manejo de los trastornos mentales; el primero está relacionado con el componente psicológico y social implícito en una adecuada atención de salud; es imprescindible, para mejorar la calidad de la provisión de servicios, promover la salud y elevar la calidad de vida del enfermo, su entorno familiar y comunitario. El segundo, corresponde con la identificación precoz y manejo adecuado de los trastornos mentales más frecuentes; lo que permite atender también la comorbilidad de condiciones tales como la depresión, que constituyen un factor de riesgo para otros problemas de salud¹⁷.

En consecuencia, integrar la salud mental dentro del contexto de la atención primaria en salud es la manera más efectiva y viable de disminuir la brecha de tratamiento existente para las personas con trastornos mentales y permite asegurar su acceso a la atención que

requieren. Esta integración es plenamente factible y las inversiones que se realicen en esa dirección pueden traer importantes beneficios.

Objetivo general

Determinar la relación entre la depresión y variables clínico-epidemiológicas asociadas en las etnias indígenas del estado Zulia, Venezuela.

Objetivos específicos

1. Identificar la frecuencia de depresión en las etnias indígenas del estado Zulia.
2. Cuantificar el consumo de sustancia psicoactivas en los habitantes de las etnias indígenas.
3. Indagar la calidad del sueño presente en los habitantes de las etnias indígenas.
4. Medir la calidad de vida percibida por los habitantes de las etnias indígenas.
5. Determinar la percepción global del estrés en las etnias indígenas.
6. Establecer estadísticamente la correlación que existe entre la depresión y las variables clínico-epidemiológicas estudiadas en las etnias indígenas del estado Zulia, Venezuela.

2.4.Hipótesis

Al analizar la muestra estudiada se espera confirmar las siguientes hipótesis:

- La frecuencia de depresión es relativamente igual en poblaciones indígenas que en población general no indígena.
- El consumo de sustancias psicoactivas es mayor entre la población indígenas que entre la población general.

- La calidad el sueño en indígenas es similar a la población general.
- La calidad de vida percibida es mayor que en la población general.
- Los miembros de etnias indígenas tiene poca percepción de estrés al compararlos con la población no indígena.
- Existe correlación entre la depresión y las variables clínico-epidemiológicas estudiadas en las etnias indígenas del estado Zulia, Venezuela.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.2. Tipología del estudio

La investigación sigue un nivel exploratorio, ya que no existen estudio que analicen la salud mental de los pueblos indígenas en el venezolano, es decir, el presente se constituye como el primero, de ahí que pretende servir de aproximación a la caracterización de la salud mental de los pueblos indígenas en Venezuela.

Así mismo, es de tipo descriptiva-correlacional. Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), la investigación descriptiva, trata de obtener información acerca del fenómeno o proceso, para describir sus implicaciones, con el propósito de llegar a la verificación de los hechos mediante la descripción de ellos a partir de un criterio o modelo teórico definido previamente⁹⁰.

Respecto al carácter correlacional de la investigación, en esta modalidad investigativa se tiene como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más variables; en este sentido mediante la presente investigación pretende determinar el grado de relación que existe entre la depresión y las variables clínico-epidemiológicas en etnias indígenas del estado Zulia, Venezuela.

Es decir, se pretende determinar en qué medida la proporción de una puntuación alta/baja en una variable también tiene puntuación alta/baja en una segunda variable (relación positiva o directa); o por el contrario, en qué medida la proporción de una puntuación alta/baja en una variable mantiene puntuación baja/alta en una segunda variable (relación negativa o inversa).

En cuanto al diseño, la presente investigación está enmarcada en un diseño no experimental, prospectivo y transversal. Es no experimental pues no conlleva en sus procedimientos la manipulación de las variables estudiadas; y prospectivo pues la

recolección de los datos van en ocurrencia directa con la línea de tiempo, es decir de presente a futuro. Finalmente, es transversal pues según Hernández, Fernández y Baptista (2003), los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

3.3. Población y Muestra objeto de estudio

Sabino (1998), define la población como la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades de estudio poseen una característica común, la cual es investigada para dar origen a los datos del estudio investigativo. La población de un estudio es el universo de la investigación, sobre la cual se pretende generalizar los resultados; estando constituidas por características o estratos que permiten distinguir los sujetos uno de otros⁹¹.

Sobre esta base, la población de la presente investigación está conformada aproximadamente por 6.155 sujetos de las cuatro etnias indígenas; Barí, Yukpa, Wayúu y Añú, residentes en el estado Zulia, cuya estructura de distribución se evidencia en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Población objeto de estudio

| Etnia | | Añú | Barí | Wayuu | Yukpa | Total |
|-------|---|------|------|-------|-------|-------|
| Sexo | M | 810 | 154 | 924 | 693 | 2581 |
| | F | 852 | 953 | 1046 | 723 | 3574 |
| Total | | 1662 | 1107 | 1970 | 1416 | 6155 |

Fuente: Elaboración propia (2017)

En cuanto a la muestra, según Márquez (2007), es una parte o subconjunto de la población en la que se supone están presentes las características que identifican la totalidad de esta última. En el caso de esta investigación, la población estuvo conformada por los cuatro

estratos presentados en el cuadro anterior, que corresponden a cada una de las etnias indígenas que hacen vida en el estado Zulia, Venezuela. Ahora bien, como toda población contiene proporciones de los diferentes representantes de una determinada comunidad, para estructurar una muestra representativa capaz de mantener estas proporciones, se adoptó el algoritmo de Scheaffer (1987) citado por Sierra (2006)⁹².

Previa a la aplicación de este algoritmo, se realizó una reducción proporcional de la población global, aplicando el criterio de Sierra (2006) para poblaciones finitas, obteniéndose una muestra de 376 sujetos, la cual fue reducida a 320 posterior a la aplicación de un muestreo de tipo intencional y no probabilístico, es decir, se adoptaron los siguientes criterios de inclusión-exclusión:

- Mayor de 18 años.
- No presentar al momento de la investigación una enfermedad de instalación aguda.

Cuadro 2. Distribución de la muestra del estudio

| Etnia | | Añú | Barí | Wayuu | Yukpa | Total |
|-------|---|-----|------|-------|-------|-------|
| Sexo | M | 42 | 8 | 48 | 36 | 134 |
| | F | 44 | 50 | 54 | 38 | 186 |
| Total | | 86 | 58 | 102 | 74 | 320 |

Fuente: Elaboración propia (2017)

En el cuadro 3, se presenta la muestra definitiva, constituida por cuatro estratos de etnias indígenas residentes en el estado Zulia: Añú 86 sujetos, Barí 58 sujetos, Wayúu 102 sujetos y Yukpa 74 sujetos, resultando una muestra definitiva de 320 sujetos, la cual es representante, proporcional y equivalente a los estratos de la población investigada.

3.4. Variables analizadas

En el cuadro 3, se presenta la sistematización u operacionalización de las variables analizadas, las cuales metodológicamente se descomponen en dimensiones e indicadores.

Cuadro 3. Sistema de operacionalización de las variables

| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES |
|--|------------------------------------|--|
| DEPRESIÓN | Síntomas clínicos | <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas cognitivos |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas somático-vegetativos |
| VARIABLES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS | Consumo de sustancias psicoactivas | <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco • Alcohol • Cannabis • Cocaína • Anfetaminas • Inhalantes • Sedantes • Alucinógenos • Opiáceos • Otras |
| | Calidad del sueño | <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción subjetiva del sueño • Positividad para el insomnio • Insomnio • Hipersomnia |
| | Calidad de vida | <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de calidad de vida global • Percepción de salud general • Calidad de vida global |
| | Percepción global de estrés | <ul style="list-style-type: none"> • Sin percepción de estrés • Baja percepción de estrés • Percepción media de estrés • Percepción alta de estrés |

Fuente: Muñoz (2017)

3.5. Medición de las variables

Las variables en estudio fueron medidas a través de instrumentos validados y estandarizados a nivel mundial, aprobados para su uso en contexto multiculturales, sin embargo, su aplicación fue realizada por cuatro representantes indígenas, uno perteneciente a cada etnia, quienes hicieron verbalmente la traducción “in situ” a la lengua Barí, Yukpa, Añú y Wayúu; solo en aquellos aspectos de difícil comprensión.

3.5.1. Variable Depresión

Se aplicó el instrumento estandarizado “Inventario de Depresión de Beck (1961)”. En un instrumento formado por 21 ítems, los cuales describen manifestaciones específicas del sujeto, en relación a los componentes de la triada cognitiva propuesta por Beck. Se obtiene datos en relación a determinados hábitos comportamentales, cognitivos y fisiológicos presentes en los cuadros depresivos.

Los ítems del inventario presentan cuatro alternativas ordenada en función de la intensidad de síntoma con un valor de 0 a 3 puntos, como sigue: 0 intensidad nula del síntoma, 1 intensidad leve del síntoma, 2 intensidad moderada del síntoma y 3 intensidad severa del síntoma. Al finalizar el cuestionario deben sumarse las puntuaciones. El mayor puntaje posible es 63 y el menor es 0, los cuales posteriormente son interpretados con el siguiente baremo.

Cuadro 4. Baremo de interpretación de resultados para la variable Depresión

| PUNTAJE | CATEGORÍA CLÍNICA |
|---------|-------------------|
| 0-14 | Normal |
| 15-30 | leve |
| 31-40 | Moderado |
| 41-63 | Severo |

Fuente: Beck (1961).

3.5.2. Variable: Consumo de sustancias psicoactivas.

Para medir esta variable, se utilizó el instrumento “Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)”, diseñado bajo el auspicio de la OMS. Consiste en un cuestionario que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente). La ubicación en la interpretación es con el siguiente baremo.

Cuadro 5. Baremo de interpretación de resultados para la variable Consumo de sustancias psicoactivas

| PUNTAJE | NIVEL DE RIESGO |
|----------|-----------------|
| 0-3 | Bajo |
| 4-26 | Moderado |
| 27 Y MAS | Alto |

Fuente: Escala ASSIST (OMS-OPS).

Además, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de

sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse.

3.5.3. Variable: Calidad del sueño.

Se aplicó el instrumento “Calidad del Sueño de Oviedo (COS)”. Fue diseñado por Bobes et al (1998), tomando como modelo las directrices los criterios del CIE-10 y DSM-IV sobre los trastornos del sueño. El COS es un cuestionario heteroadministrado o autoadministrado.

Está formado por 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en subescalas diagnósticas: satisfacción subjetiva del sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems) e hipersomnio (3 ítems). La subescala de insomnio explora, además, varias dimensiones (latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna) y proporciona información sobre la gravedad del mismo. Los dos ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda de cualquier tipo para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño (parasomnias, ronquidos).

Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert, el primer ítem con 7 opciones de respuesta y el resto 5, una respuesta de 5 (7 en el ítem 1) indica el mayor deterioro y una de 1 el menor. La puntuación de la subescala de satisfacción subjetiva del sueño oscila entre 1 y 7 puntos. La puntuación de la subescala de insomnio oscila entre 9 y 45 puntos; y la puntuación de la subescala del hipersomnio oscila entre 3 y 15 puntos.

En relación a insomnio, el instrumento arroja dos resultados parciales: presencia de insomnio y gravedad del insomnio.

1. Presencia de insomnio: será positivo en alguna de estas dos condiciones 1. Cuando los ítems 2.1 al 2.4 presentan puntuación de 5 (solo es necesario una para que sea positivo) o 2. Cuando el ítem 7 tenga una puntuación de 5.

2. Gravedad del insomnio: según los puntajes obtenidos se interpretara con el siguiente baremo.

Cuadro 6. Baremo de interpretación de resultados para la dimensión Insomnio

| PUNTAJE | CATEGORIA CLINICA DEL INSOMNIO |
|---------|--------------------------------|
| 9-11 | Sueño normal |
| 12-22 | Insomnio leve |
| 23-33 | Insomnio moderado |
| 34-45 | Insomnio grave |

Fuente: Escala COS (1998).

La subescala de hipersomnia oscila entre 3 y 15. Se analiza con el siguiente baremo de interpretación.

Cuadro 7. Baremo de interpretación de resultados para la dimensión hipersomnia

| PUNTAJE | CATEGORIA CLINICA DE HIPERSOMNIA |
|---------|----------------------------------|
| 3-5 | Sin hipersomnia |
| 6-8 | Hipersomnia leve |
| 9-11 | Hipersomnia moderada |
| 12-15 | Hipersomnia grave |

Fuente: Escala COS (1998).

3.5.4. Variable: Calidad de vida.

Esta variable fue medida con el instrumento de calidad de vida de la OMS versión resumida, conocido como “Instrumento WHOQOL-BREF”. Es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de

calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas, es aplicable a sujetos sanos y enfermos; su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar intervenciones.

A diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida empleados en investigación clínica y epidemiológica, el WHOQOL BREF no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica.

El WHOQOL ha sido desarrollado de manera que pueda ser aplicado en todas las culturas, pues se centra en la calidad de vida percibida por la persona; proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y facetas que lo componen. Contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 (versión completa) y *dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general*. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Se analizan tres resultados: 1. Percepción de calidad de vida global (con el ítem 1), 2. Percepción de salud general (con el ítem 2), y 3. Calidad de vida con los ítems 1 al 26. El instrumento no acepta una puntuación total de calidad de vida, ya que esta es una variable multidimensional, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente; por ello, se presenta un perfil con 4 ítems (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente), que va de 0 a 100, interpretado con el siguiente baremo.

Cuadro 8. Baremo de interpretación de resultados para la dimensión Calidad de vida

| PUNTAJE | RESULTADO |
|----------------|-----------------------|
| Inferior a 47 | Satisfacción baja |
| 48 a 73 | Satisfacción moderada |
| Mayor a 74 | Satisfacción alta |

Fuente: OMS.

Con respecto a los ítems individuales de percepción de calidad de vida global y percepción de salud general, se ubican en puntuaciones que van de 1 a 5, interpretados bajo el siguiente cuadro.

Cuadro 9. Baremo de interpretación de resultados para las dimensiones Calidad de vida global y Percepción de salud general

| PUNTAJE | RESULTADO |
|----------------|-----------------------|
| Inferior a 2.3 | Satisfacción baja |
| 2.4 a 3.6 | Satisfacción moderada |
| Mayor a 3.7 | Satisfacción alta |

Fuente: OMS.

3.5.5. Variable: Percepción global del estrés

Con el objetivo de medir la variable percepción global del estrés, se usó el instrumento “Escala de estrés percibido” (EEP) versión española de Remor y Carrobbles (2001). La EEP está formada por 14 ítems, que miden el grado en que durante el último mes las personas se han sentido molestas o preocupadas o, por el contrario se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales.

Cada pregunta tiene un patrón de respuesta politómica de cinco opciones: nunca, casi nunca, de vez en cuando, a menudo y muy a menudo, que dan puntuaciones de cero a cuatro, sin embargo, los puntos 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 tienen un patrón de puntuación reverso de cuatro a cero. Arroja puntuaciones entre 0 y 56, a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

3.5.6. Otros factores clínico-epidemiológicos y características sociodemográficas

Se utilizó el “Instrumento de Recolección de Datos Epidemiológicos Asociados a Depresión”, diseñado por el investigador a partir del Instrumento PredictD, donde se recogen las siguientes variables: nacionalidad, edad, sexo, etnia, lugar de residencia, ocupación, nivel socioeconómico, nivel instruccional, estado civil (separación matrimonial en el ultimo año), situación laboral (Ha sido despedido de su empleo o jubilado en el ultimo año), composición familiar (Vive solo), antecedente familiar de enfermedad física o mental, antecedente personal de enfermedad física o mental, antecedente personal de haber sido víctima de violencia, pérdida de familiar, amigos o cercanos en el ultimo año.

El instrumento fue sometido a *validación* por el método de Juicio de Expertos y *confiabilidad* con el estadístico Alfa de Cronbach, arrojando un total de 0.98. Para tal fin, se aplicó una prueba piloto a 20 indígenas que asistieron al Ambulatorio Rural el Tokuko del Municipio Machiques de Perijá estado Zulia.

4. Plan de análisis de datos y procesamiento estadístico

El plan de análisis de los datos fue ejecutado a través del software estadístico SPSS versión 19.0, aplicando dos fases, una descriptiva y otra correlacional-inferencial. En la primera se aplicaron los recursos de la estadística descriptiva para obtener los puntajes de

las dos variables principales, así como sus promedios y desviaciones estándar relativos a cada uno de esos puntajes. De igual manera, se describieron las dimensiones de las variables, utilizando frecuencias y porcentajes.

En la segunda fase del plan, se aplicó Chi cuadrado a nivel de significación de 5%, mediante el análisis de variables categóricas en tablas de contingencia, con el propósito de poner a prueba las hipótesis, referidas a las posibles relaciones estadísticamente significativas entre la depresión y las Variables clínico-epidemiológicas, para luego correlacionar los puntajes obtenidos de estas dos variables principales, aplicando el coeficiente de Pearson, y determinar el tipo de relación que existe entre ellas.

Cabe destacar que en esta segunda fase, para determinar las relaciones cruzadas entre las dimensiones de las variables principales, se tomaron en cuenta algunas de las medidas de asociación proporcionadas por el estadístico Chi cuadrado, acompañadas de sus respectivas pruebas de significación.

5. Consideraciones Éticas

A cada sujeto, previa explicación del procedimiento a seguir, se les solicitó un Consentimiento Informado, para la inclusión en el estudio y dar cumplimiento a los lineamientos de la declaración de Helsinki para estudios en humanos. Es preciso destacar, que el estudio propuesto no representa riesgo para los involucrados ni vulnera las normas éticas de esta declaración.

4. RESULTADOS

Para darle respuesta a los objetivos de la investigación se presentan a continuación las tres secciones de análisis relativas a las variables y una última dirigida a las relaciones demográficas de la muestra, con el propósito de darle dirección a las conclusiones del estudio, a saber; Trastornos depresivos en su dimensión “Síntomas”, medida a través de sus dos indicadores; síntomas cognitivos y síntomas somático vegetativos. Variables Clínico-epidemiológicas en sus dimensiones; Consumo de sustancias psicoactivas Calidad de Vida, Calidad del Sueño y Percepción global del estrés.

4.1 Trastornos Depresivos.

Tabla 1. Dimensión: Síntomas
Indicador: Síntomas cognitivos

| Estadísticos | Alternativas | f | % |
|-------------------------------|--------------|-----|------|
| Media = 0,16 Desv.típ=0,37 | Normal | 268 | 83,8 |
| | Leve | 52 | 16,3 |
| | Moderado | 0 | |
| | Grave | 0 | |
| Total | | 320 | 100 |

Los datos correspondientes a la tabla 1 indican que 268 sujetos representativos en un 83,8% de la muestra, presentan síntomas cognitivos relacionados con los trastornos depresivos en una valoración normal, mientras 16,3% restante se sitúa en una valoración leve. La media aritmética o calificación ponderada de la sintomatología es 0,16 y la variabilidad de los datos o desviación típica es de 0,37.

Tabla 2. Dimensión: Síntomas
Indicador: Síntomas somático vegetativos

| Estadísticos | Alternativas | F | % |
|-------------------------------|--------------|-----|------|
| Media = 0,16 Desv.típ=0,37 | Normal | 268 | 83,8 |
| | Leve | 52 | 16,3 |
| | Moderado | 0 | |
| | Grave | 0 | |
| Total | | 320 | 100 |

Igual que en la anterior, los datos de la tabla 2, están indicando que 268 sujetos representativos en un 83,8% de la muestra, presentan síntomas somáticos vegetativos relacionados con los trastornos depresivos, en una valoración normal, mientras 52 equivalente a 16,3% restante se sitúa en una valoración leve. La media aritmética o calificación ponderada de la sintomatología es 0,16 y la variabilidad de los datos o desviación típica es de 0,37.

2. Variables Clínico-Epidemiológicas.

Tabla 3. Dimensión: Consumo de sustancias psicoactivas

| Tiempo durante el consumo | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------|------|-----------------|------|---------|------|---------|------|--------|------|
| Indicadores | Nunca: | | Una o dos veces | | Mensual | | Semanal | | Diario | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 1. Tabaco | 88 | 27,5 | 72 | 22,5 | 80 | 25,0 | 40 | 12,5 | 40 | 12,5 |
| 2. Bebidas alcohólicas | 48 | 15,0 | 160 | 50,0 | 32 | 10,0 | 80 | 25,0 | 0 | |
| 3. Cannabis | 168 | 52,5 | 56 | 17,5 | 64 | 20,0 | 0 | | 32 | 10,0 |
| 4. Cocaína | 176 | 55,0 | 72 | 22,5 | 24 | 7,5 | 24 | 7,5 | 24 | 7,5 |
| 5. Estimulantes de tipo anfetamina | 240 | 75,0 | 56 | 17,5 | 24 | 7,5 | 0 | | 0 | |
| 6. Inhalantes | 320 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| 7. Sedantes o pastillas para dormir | 216 | 67,5 | 24 | 7,5 | 24 | 7,5 | 48 | 15,0 | 8 | 2,5 |
| 8. Alucinógenos | 320 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| 9. Opiáceos | 320 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| 10. Otras | 320 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| | | | | | | | | | | |

Considerando un orden decreciente en consumo de las sustancias psicoactivas, los datos de la tabla 3 revelan el mayor porcentaje correspondiendo a las bebidas alcohólicas, destacando que 160 de los encuestados, es decir, 50% manifestó haber consumido alcohol “una o dos veces”. Luego consecutivamente; 80 de los encuestados, es decir, 25% de la muestra indicó consumir alcohol semanalmente. Por el contrario, 48 sujetos o 15% señalaron nunca haber consumido la sustancia, en tanto 32, es decir, 10% lo hace mensual.

Seguidamente se tiene el consumo de tabaco. Al respecto, 88 sujetos significando 27,5% manifestaron nunca. Contradictoriamente, 80 encuestados representados en 25% indicó un consumo mensual, 72 indicativos de 22,5% señaló una o dos veces, mientras que 40 sujetos, representando 12,5% de la muestra han señalado un consumo semanal y diario respectivamente.

En relación al consumo de cannabis; 168 sujetos, es decir, 52,5% de la muestra dijo nunca haber experimentado con esta sustancia, mientras por el contrario, 64 de ellos significativos de 20% señalo un consumo mensual, 56 sujetos, es decir, 17,5% haber consumido una o dos veces y 32 que es el 10% señaló un consumo diario.

De manera muy parecida al anterior, las cifras que revelan el consumo de cocaína, mantienen casi los mismos porcentajes; 176 sujetos, es decir, 55% de la muestra dijo nunca haber experimentado con esta sustancia, mientras por el contrario, 72 de ellos significativos de 22,5% señalo su consumo una o dos veces, en tanto que 24 sujetos, representando 7,5% de la muestra han señalado su consumo mensual, semanal y diario respectivamente.

Muy cercana a las cifras anteriores, está la del consumo de sedantes, también llamadas pastillas para dormir, al respecto, 216 sujetos, es decir, 67,5% de la muestra indicó nunca experimentar su consumo, mientras que 48 sujetos o 15% de los entrevistados los consume semanalmente. De igual manera, 24 marcado 7,5% lo hacen una o dos veces y mensualmente respectivamente mientras 8 o 2,5% dice consumir estas pastillas diariamente.

Por ultimo está el consumo de las anfetaminas. Al respecto, 240 sujetos, es decir, 75% de la muestra dijo nunca haberlas consumido, mientras por el contrario, 56 de ellos significativos de 17,5% señalo su consumo una o dos veces, en tanto que 24 sujetos, representando 7,5% de la muestra han señalado tener consumo mensual.

Tabla 4. Dimensión: Calidad del sueño
Indicador: Satisfacción subjetiva del sueño

| Estadísticos | Alternativas | f | % |
|-------------------------------|---------------------|-----|------|
| Media = 3,13 Desv.típ=1,38 | Muy satisfecho | 61 | 19,1 |
| | Bastante satisfecho | 62 | 19,4 |
| | Insatisfecho | 9 | 2,8 |
| | Término medio | 149 | 46,6 |
| | Satisfecho | 39 | 12,2 |
| Total | | 320 | 100 |

Continuando con la descripción de las variables Clínico-epidemiológicas, los datos de la tabla 4 cuantifican el indicador Satisfacción subjetiva del sueño. Al respecto se tiene que 149 sujetos significativos de 46,6% de la muestra manifestaron una satisfacción término medio, mientras que 62 entrevistados, es decir, 19,4% dijeron estar bastante satisfechos. Así mismo 61 implicativo de 19,1% se mostraron muy satisfechos, en tanto que 39 sujetos representantes de 12,2% indicaron estar satisfechos y 9 sujetos, es decir; 2,8% manifestó estar insatisfecho. EL promedio de esta satisfacción es 3,13 y la variabilidad de sus datos expresada en la desviación típica es 1,38.

Tabla 5. Dimensión. Calidad del sueño.
Indicador: Positividad para el Insomnio

| Estadísticos | Alternativas | F | % |
|-------------------------------|--------------|-----|------|
| Media = 0,76 Desv.típ=0,43 | Si | 242 | 75,6 |
| | No | 78 | 24,4 |
| Total | | 320 | 100 |

La tabla 5 describe los resultados obtenidos para el indicador Positividad para el insomnio. Los datos indican que 242 de los entrevistados, es decir, 75,6% tiene una

tendencia positiva hacia el insomnio, mientras 78 sujetos, es decir, 24,4% restante no tiene esa disposición. La media aritmética o ponderación de tal disposición es de 0,76 y la desviación típica o variabilidad de los datos es 0,43.

Tabla 6. Dimensión: Calidad del sueño
Indicador: Insomnio

| Estadísticos | Alternativas | F | % |
|--------------------------------|-------------------|-----|------|
| Media = 1,43 Desv.típ= 0,72 | Sueño normal | 44 | 13,8 |
| | Insomnio leve | 94 | 29,4 |
| | Insomnio moderado | 182 | 56,9 |
| | Insomnio grave | 0 | 0 |
| Total | | 320 | 100 |

La tabla 6 contiene los datos del indicador Insomnio. En ella se evidencia que 182 sujetos, representativos de 56,9% de la muestra, revelan tener insomnio moderado. Luego siguen 94 sujetos que representan 29,4% de la muestra quienes manifiestan padecer de un insomnio leve. Por ultimo 44 sujetos significativos de 13,8% indican disfrutar de un sueño normal. La media aritmética o promedio del insomnio es 1,43 en tanto la variabilidad o desviación típica de los datos es 0,72.

Tabla 7. Dimensión: Calidad del sueño
Indicador: Hipersomnia

| Estadísticos | Alternativas | F | % |
|--------------------------------|----------------------|-----|------|
| Media = 0,41 Desv.típ= 0,67 | Sin Hipersomnia | 217 | 67,8 |
| | Hipersomnia leve | 85 | 26,6 |
| | Hipersomnia moderada | 7 | 2,2 |
| | Hipersomnia grave | 11 | 3,4 |
| Total | | 320 | 100 |

La tabla 7 hace referencia a los datos del indicador Hipersomnia. En ellos se dice que 217 sujetos, indicativos de 67,8% de la muestra, están sin hipersomnia. Luego siguen 85 sujetos que representan 26,6% de la muestra quienes manifiestan padecer de hipersomnia leve. Por último 7 sujetos significativo de 2,2% indica la hipersomnia moderada y 11 o 3,4% la hipersomnia grave. El promedio o la media aritmética de la hipersomnia es 0,41; en tanto la variabilidad o desviación típica de los datos es 0,67.

Tabla 8. Dimensión: Calidad de vida
Indicador: Percepción de la Calidad de Vida Global

| Estadísticos | Alternativas | f | % |
|-------------------------------|---------------|-----|------|
| Media =2,55 Desv.típ= 1,03 | Muy mal | 39 | 12,2 |
| | Poco | 135 | 42,2 |
| | Lo normal | 99 | 30,9 |
| | Bastante bien | 26 | 8,1 |
| | Muy bien | 21 | 6,6 |
| Total | | 320 | 100 |

Los datos de la tabla 8 pertenecientes al indicador Percepción de la calidad de vida global, señalan que 135 sujetos representativos en un 42,2% de la muestra, percibe poco mal su calidad de vida global, mientras 99 sujetos o 30,9% se sitúa en lo normal, en tanto 39 sujetos implicativo de 12,2% la percibe muy mal, así como 26 sujetos representados en 8,1% la percibe bastante bien, estando en menor cuantía 21 sujetos explicativos de 6,6% quienes indicaron muy bien la percepción de calidad de vida. La media aritmética para este indicadores 2,55 y la variabilidad de sus datos o desviación típica es de 1,03.

Tabla 9. Dimensión: Calidad de vida
Indicador: Percepción de salud general

| Estadísticos | Alternativas | f | % |
|-------------------------------|---------------|-----|------|
| Media =2,53 Desv.típ= 0,93 | Muy mal | 31 | 9,7 |
| | Poco | 134 | 41,9 |
| | Lo normal | 129 | 40,3 |
| | Bastante bien | 6 | 1,9 |
| | Muy bien | 20 | 6,3 |
| Total | | 320 | 100 |

Los datos de la tabla 9 pertinentes al indicador Percepción de la salud general, señalan que 134 sujetos representativos en un 41,9% de la muestra, percibe poco mal su salud general, mientras 129 o 40,3% la sitúa en lo normal. Mientras, por su parte, 31 sujetos implicando 9,7% la percibe muy mal, mientras de modo contradictorio; 20 entrevistados o mejor dicho 6,3% de la muestra percibe su salud general muy bien, mientras por su parte 6 sujetos, es decir, el 1,9% la percibe bastante bien. La media aritmética de la percepción de la salud es 2,53 y la variabilidad de los datos o desviación típica es de 0,93.

Tabla 10. Dimensión: Calidad de vida
Indicador: Calidad de vida

| Estadísticos | Alternativas | f | % |
|--------------------------------|--------------|-----|------|
| Media = 2,06 Desv.típ= 0,24 | Baja | 0 | 0 |
| | Moderada | 301 | 94,1 |
| | Alta | 19 | 5,9 |
| Total | | 320 | 100 |

Los datos de la tabla 10 pertenecientes al indicador Calidad de vida, señalan que 301 sujetos representativos en un 94,1% de la muestra, tiene una moderada calidad de vida, mientras 19 sujetos representando el 5,9% restante mantiene una calidad de vida alta.

La media aritmética concerniente a la calidad de vida es 2,06, en tanto que la variabilidad de los datos o desviación típica es de 0,24.

Tabla 11. Dimensión: Percepción global del Estrés
Indicadores; Niveles de la percepción global del Estrés

| Estadísticos | Alternativas | F | % |
|--------------------------------|---------------------------|-----|------|
| Media = 1,36 Desv.típ= 0,54 | Sin percepción del estrés | 9 | 2.8 |
| | Percepción baja | 187 | 58,4 |
| | Percepción media | 124 | 38,8 |
| | Percepción alta | 0 | |
| Total | | 320 | 100 |

Fina

lizando con la descripción de las variables Clínico-epidemiológicas, los datos de la tabla 11 cuantifican el indicado Niveles de la percepción global del Estrés. Al respecto se tiene que 187 sujetos significativos de 58,4% de la muestra manifestaron una percepción baja, mientras que 124 entrevistados, es decir, 38,8% está señalando percepción media, 9 sujetos implicativo de 2,8% se mostraron sin percepción del estrés. EL promedio de los niveles de percepción es 1,36 y la variabilidad de sus datos expresada en la desviación típica es 0,54.

4.3. Relaciones entre las variables

Tabla 12.
Relación entre Trastornos depresivos y Calidad de vida

| | | Trastornos D | Calidad de vi |
|---------------|------------------------|--------------|---------------|
| Trastornos D | Correlación de Pearson | 1 | -,453(**) |
| | Sig. (bilateral) | | ,000 |
| | N | 320 | 320 |
| Calidad de vi | Correlación de Pearson | -,453(**) | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | |
| | N | 320 | 320 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 12, expresa los resultados obtenidos al correlacionar los datos de los Trastornos depresivos con los datos de la Calidad de vida. Primero destaca que N número de datos, indica que son 320 datos por variable. Luego se observa que la significación bilateral es de 0,000, siendo esto muy buena señal, por ser pequeño en valor absoluto. Seguidamente destaca que el coeficiente de Pearson presenta un valor de $-0,453$, indicando el pie de la tabla una correlación significativa al nivel de 0,01 bilateral, es decir, entre las dos variables antes mencionadas.

En términos generales lo anterior se traduce diciendo que existe una correlación significativa inversa de $-0,424$ entre los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el nivel de la calidad de vida que ellos perciben. Es decir, a mayor gravedad de un trastorno depresivo menor es la calidad de vida. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa un aumento en el nivel de la calidad de vida.

Tabla 13.
Relación entre Trastorno depresivo y Calidad de sueño

| | | Trastornos D | Calidad del su |
|----------------|------------------------|--------------|----------------|
| Trastornos D | Correlación de Pearson | 1 | -,022 |
| | Sig. (bilateral) | | ,699 |
| | N | 320 | 320 |
| Calidad del su | Correlación de Pearson | -,022 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,699 | |
| | N | 320 | 320 |

La tabla 13 presenta el resultado obtenido al correlacionar los datos de los Trastornos depresivos con los datos de la Calidad del sueño. Primero destaca que N número de datos, indica que son 320 datos por variable. Luego se observa que la significación bilateral es de 0,699, siendo esta una mala señal, por ser un valor muy aproximado a la unidad.

Al respecto, destaca que el coeficiente de Pearson presenta un valor de $-0,022$ indicando que existe correlación bilateral inversa entre los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y la calidad de sueño que ellos perciben. Es decir, a mayor gravedad de un trastorno depresivo menor es la calidad de sueño. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa un aumento en el nivel de la calidad de sueño.

Tabla 14.
Relación entre Trastornos depresivos y Percepción del estrés

| | | Trastornos D | Per d estrés |
|--------------|------------------------|--------------|--------------|
| Trastornos D | Correlación de Pearson | 1 | ,041 |
| | Sig. (bilateral) | | ,464 |
| | N | 320 | 320 |
| Per d estrés | Correlación de Pearson | ,041 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,464 | |
| | N | 320 | 320 |

La tabla 14 expresa el resultado obtenido al correlacionar los datos de los Trastornos depresivos con los datos de la Percepción del estrés. Primero destaca que N número de datos, indica que son 320 datos por variable. Luego se observa que la significación bilateral es de 0,464, valor relativamente grande, siendo esto una débil señal en cuanto a la búsqueda de correlación. Seguidamente destaca que el coeficiente de Pearson presenta un valor de 0,041, significando una correlación directa débil no significativa entre los trastornos depresivos y la percepción del estrés.

En términos generales lo anterior se traduce diciendo que existe una correlación directa de 0,041 entre la intensidad de los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el nivel de estrés que ellos perciben. Es decir, a mayor gravedad del

trastornodepresivo mayor es el nivel de estrés a ser percibido. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el nivel de estrés percibido.

Tabla 15.
Relación entre Trastorno depresivo y Consumo de tabaco

| | | Trastornos D | Cd Tabaco |
|--------------|------------------------|--------------|-----------|
| Trastornos D | Correlación de Pearson | 1 | ,100 |
| | Sig. (bilateral) | | ,075 |
| | N | 320 | 320 |
| Cd Tabaco | Correlación de Pearson | ,100 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,075 | |
| | N | 320 | 320 |

La tabla 15 expresa el resultado obtenido al correlacionar los datos de los Trastornos depresivos con los datos de consumo de tabaco. Primero destaca el valor de N número de datos, indica que son 320 datos por variable. Luego se observa que la significación bilateral es de 0,075, valor relativamente grande, siendo esto una débil señal en cuanto a la búsqueda de una significativa correlación. Seguidamente destaca que el coeficiente de Pearson presenta un valor de 0,100, significando una correlación directa débil no significativa entre los trastornos depresivos y el consumo de tabaco.

En términos generales lo anterior se traduce diciendo que existe una correlación directa de 0,100 entre la intensidad de los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el consumo de tabaco que ellos practican. Es decir, a mayor gravedad del trastorno depresivo mayor es el nivel de consumo del tabaco. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el nivel de consumo de tabaco.

Tabla 16.
Relación entre Trastorno depresivo y Consumo de Alcohol

| | | Trastornos D | Cd Alcohol |
|--------------|------------------------|--------------|------------|
| Trastornos D | Correlación de Pearson | 1 | ,202(**) |
| | Sig. (bilateral) | | ,000 |
| | N | 320 | 320 |
| Cd Alcohol | Correlación de Pearson | ,202(**) | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | |
| | N | 320 | 320 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 16 expresa el resultado obtenido al correlacionar los datos de los Trastornos depresivos con los datos de consumo de Alcohol. Primero destaca el valor de N número de datos, indica que son 320 datos por variable. Luego se observa que la significación bilateral es de 0,000, valor absolutamente pequeño, siendo esto una muy buena señal en cuanto a la búsqueda de una significativa correlación. Seguidamente destaca que el coeficiente de Pearson presenta un valor de 0,202, significando una correlación directa significativa a nivel 0,01 entre los trastornos depresivos y el consumo de alcohol..

En términos generales lo anterior se traduce diciendo que existe una correlación directa significativa de 0,202 entre la intensidad de los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el aumento del consumo de alcohol que ellos practican. Es decir, a mayor gravedad del trastorno depresivo mayor es el nivel de consumo del alcohol. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el nivel de consumo de alcohol.

Tabla 17.
Relación entre Trastorno depresivo y Consumo de Cannabis

| | | Trastornos D | Cd Cannabis |
|--------------|------------------------|--------------|-------------|
| Trastornos D | Correlación de Pearson | 1 | ,144(*) |
| | Sig. (bilateral) | | ,010 |
| | N | 320 | 320 |
| Cd Cannabis | Correlación de Pearson | ,144(*) | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,010 | |
| | N | 320 | 320 |

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 17 expresa el resultado obtenido al correlacionar los datos de los Trastornos depresivos con los datos de consumo de cannabis. Primero destaca el valor de N número de datos, indica que son 320 datos por variable. Luego se observa que la significación bilateral es de 0,010, valor relativamente pequeño, siendo esto una buena señal en cuanto a la búsqueda de una significativa correlación. Seguidamente destaca que el coeficiente de Pearson presenta un valor de 0,144, correlación directa significativa entre los trastornos depresivos y el consumo de cannabis.

En términos generales lo anterior se traduce diciendo que existe una correlación directa de 0,144 significativa entre la intensidad de los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el aumento del consumo de cannabis que ellos practican. Es decir, a mayor gravedad del trastorno depresivo mayor es el nivel de consumo de cannabis. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el consumo de cannabis.

Tabla 18.
Relación entre Trastorno depresivo y Consumo de Cocaína

| | | Trastornos D | Cd Cocaína |
|--------------|------------------------|--------------|------------|
| Trastornos D | Correlación de Pearson | 1 | ,177(**) |
| | Sig. (bilateral) | | ,001 |
| | N | 320 | 320 |
| Cd Cocaína | Correlación de Pearson | ,177(**) | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | |
| | N | 320 | 320 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 18 presenta el resultado que se genera al correlacionar los datos de los Trastornos depresivos con los datos de consumo de cocaína. Primero destaca el valor de N número de datos, indica que son 320 datos por variable. Luego se observa que la significación bilateral es de 0,001, valor relativamente pequeño, siendo esto una muy buena señal en cuanto a la búsqueda de una significativa correlación. Seguidamente destaca que el coeficiente de Pearson presenta un valor de 0,177, significativa al nivel 0,01 directa entre los trastornos depresivos y el consumo de cocaína.

En términos generales lo anterior se traduce diciendo que existe una correlación directa de 0,177 significativa entre la intensidad de los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el aumento del consumo de cocaína que ellos practican. Es decir, a mayor gravedad del trastorno depresivo mayor es el nivel de consumo de cocaína. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el consumo de cocaína.

Tabla 19.
Relación entre Trastorno depresivo y Consumo de Sedantes

| | | Trastornos D | Sedantes |
|--------------|------------------------|--------------|----------|
| Trastornos D | Correlación de Pearson | 1 | ,261(**) |
| | Sig. (bilateral) | | ,000 |
| | N | 320 | 320 |
| Sedantes | Correlación de Pearson | ,261(**) | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | |
| | N | 320 | 320 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 19 expresa el resultado obtenido al correlacionar los datos de los Trastornos depresivos con los datos de consumo de sedantes. Primero destaca el valor de N número de datos, indica que son 320 datos por variable. Luego se observa que la significación bilateral es de 0,000 valor absolutamente pequeño, siendo esto una muy buena señal en cuanto a la búsqueda de una significativa correlación. Seguidamente destaca que el coeficiente de Pearson presenta un valor de 0,261, correlación directa significativa entre los trastornos depresivos y el consumo de sedantes.

En términos generales lo anterior se traduce diciendo que existe una correlación directa de 0,261 entre la intensidad de los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el aumento del consumo de sedantes que ellos practican. Es decir, a mayor gravedad del trastorno depresivo mayor es el nivel de consumo de sedantes. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el consumo de sedantes.

Tabla 20.

Relación entre Trastorno depresivo y Consumo de Anfetaminas

| | | Trastornos D | Anfetaminas |
|--------------|------------------------|--------------|-------------|
| Trastornos D | Correlación de Pearson | 1 | ,136(*) |
| | Sig. (bilateral) | | ,015 |
| | N | 320 | 320 |
| Anfetaminas | Correlación de Pearson | ,136(*) | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,015 | |
| | N | 320 | 320 |

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 20 expresa el resultado obtenido al correlacionar los datos de los Trastornos depresivos con los datos de consumo de anfetaminas. Primero destaca el valor de N número de datos, indica que son 320 datos por variable. Luego se observa que la significación bilateral es de 0,015 valor relativamente pequeño, siendo esto una buena señal en cuanto a la búsqueda de una significativa correlación. Seguidamente destaca que el coeficiente de Pearson presenta un valor de 0,136, es una correlación directa significativa entre los trastornos depresivos y el consumo de anfetaminas.

En términos generales lo anterior se traduce diciendo que existe una correlación directa de 0,136 significativa entre la intensidad de los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el aumento del consumo de anfetaminas que ellos practican. Es decir, a mayor gravedad del trastorno depresivo mayor es el nivel de consumo de anfetaminas. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el consumo de anfetaminas.

4.4. Características demográficas de la muestra

Tabla 21. Características demográficas de la muestra

| Etnia | | | Edad | | | | Total |
|-------|-------|--------|-------------|------------|------------|-------------|-------|
| | | | Menor de 30 | De 30 a 42 | De 43 a 55 | Mayor de 55 | |
| Añú | Sexo | Hombre | 0 | 17 | 9 | 0 | 26 |
| | | Mujer | 9 | 25 | 9 | 17 | 60 |
| | Total | | 9 | 42 | 18 | 17 | 86 |
| Barí | Sexo | Hombre | 0 | 11 | 11 | 0 | 22 |
| | | Mujer | 18 | 6 | 6 | 6 | 36 |
| | Total | | 18 | 17 | 17 | 6 | 58 |
| Wayuu | Sexo | Hombre | 0 | 0 | 31 | 0 | 31 |
| | | Mujer | 20 | 31 | 10 | 10 | 71 |
| | Total | | 20 | 31 | 41 | 10 | 102 |
| Yukpa | Sexo | Hombre | 14 | 15 | | | 29 |
| | | Mujer | 30 | 15 | | | 45 |
| | Total | | 44 | 30 | | | 74 |

La tabla 21 expresa la relación entre Etnia, Sexo y Edad de la muestra definitiva que intervino en la investigación. Cada Etnia estuvo representada por un estrato de la muestra, distribuidos según el sexo de la siguiente manera; Añú 60 mujeres y 26 hombres, Barí 36 mujeres y 22 hombres, Wayúu 71 mujeres y 31 hombres, Yukpa 45 mujeres y 29 hombres. En cuanto a la edad la muestra estuvo constituida por 82 sujetos entre 18 y 55 años.

5. DISCUSIÓN

La Reunión de Winnipeg sobre Pueblos Indígenas y Salud celebrada en 1993, advirtió en ese año que los desórdenes y problemas mentales están cobrando una importancia considerable. Las enfermedades por estrés, incluida la violencia hacia otros, la depresión y el suicidio, y las muertes accidentales y violentas, se suman al abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias, de lo que se tiene evidencia cada vez mayor de una alta prevalencia en la población indígena joven y adulta de ambos sexos.

Como dato de interés, el suicidio por envenenamiento con insecticidas es un hecho reportado como frecuente en grupos indígenas, al punto que en algunos países, la mayoría de las muertes es por intoxicación deliberada con insecticidas órganofosforados y no por exposición accidental en trabajadores agrícolas (OPS, 1990)⁹³.

En tal sentido, el documento “Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países (2016)”, publicado en 2016 por la Organización Mundial de la Salud a través de su oficina sectorizada para la Américas (OPS), tiene como finalidad facilitar el intercambio de conocimientos entre diferentes países de las Américas sobre prácticas de salud mental en poblaciones indígenas. Esta colaboración contó con el apoyo de los ministerios de salud de Chile y Canadá, de varios departamentos de salud relacionados con asuntos indígenas, y de partes interesadas de Brasil y Argentina. Se facilitaron interacciones entre profesionales indígenas, especialistas en salud clínica, salud pública, antropología y salud mental, quienes compartieron prácticas, abarcando varias comunidades indígenas⁹⁴.

El documento plantea entre sus objetivos, fomentar y establecer un intercambio de experiencias en el campo de la salud mental entre los países participantes; documentar, presentar y compartir experiencias innovadoras relacionadas con la promoción de la salud mental, entre otras, la prevención del suicidio y las iniciativas con jóvenes en Chile y

Canadá; analizar la posible pertinencia y adaptabilidad en Nunavut de un instrumento de capacitación estandarizado de la OMS para la integración de la atención de salud mental en la atención primaria de salud: la Guía de Intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (GI-mhGAP); y por ultimo, publicar y difundir las experiencias y conclusiones de esos procesos.

Las conclusiones del documento se sintetizan en: (a) la situación de salud de los pueblos indígenas está determinada por un proceso histórico cuyo resultado ha sido la dependencia, la pérdida de identidad y la marginación; como resultante, (b) los pueblos indígenas de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida, su posición social y grado de aculturación, así como por la distinta exposición al riesgo de enfermar y morir. La salud de los pueblos indígenas está en buena parte determinada por las condiciones del habitat y los nuevos desafíos impuestos por el empobrecimiento y el proceso de modernización, y (c) la salud, los procesos de salud-enfermedad y los propios sistemas de salud para los pueblos indígenas, son sistemas culturales.

Es de hacer notar que los autores refieren de manera textual: “Proyectos como este, que hacen hincapié en un intercambio de experiencias y estrategias entre diferentes comunidades indígenas, hasta la fecha carecen de literatura especializada y de práctica clínica” (p. 3).⁹⁴

Las fuentes oficiales de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, tienen poca o ninguna información sobre la situación de salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas. Por lo general, la información epidemiológica disponible en los registros sobre enfermedades y los principales indicadores de morbilidad o mortalidad,

natalidad y expectativa de vida al nacer, no están diferenciados por grupos étnicos o lingüísticos.

Llevado esto al contexto venezolano, actualmente no existe en la literatura nacional datos referentes a investigaciones sobre el estudio de salud mental en las etnias indígenas del país, aun cuando es reconocido por la UNESCO como una nación multiétnica y pluricultural.

De hecho, en el mencionado documento de la OMS-OPS, Venezuela no figura como país informador y/o reportador de experiencias en cuanto a la caracterización epidemiológica y promoción de la salud mental de los pueblos indígenas. Por ejemplo, entre las principales patologías diagnosticadas en la población indígena de la Región Amazónica o de bosque tropical de diferentes países Sudamericanos, Venezuela reporta para su población indígena datos de morbilidad referidas a amigdalitis, helmintiasis, anemias, gastroenteritis, heridas, micosis, piodermitis, disentería, bronquitis, diarrea, alergias y accidentes; pero no se observan indicadores epidemiológicos de salud mental, tal como se cuenta en otros países de la región como Ecuador y México bajo la categoría Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (OMS-OPS, 2016)⁹⁴.

Se infiere, que un avance para tratar de subsanar este vacío lo representa el marco legal en materia de protección de los pueblos indígenas que posee Venezuela. La Constitución de la República promulgada en 1999, establece una serie de artículos relacionados con los derechos sociales, legales y jurídicos de los pueblos indígenas, estos artículos son: 9, 99, 100, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 156, 166, 169, 181, 186, 260, 281 y 327⁹⁵.

Se resalta el artículo 119 que contempla el eje transversal de los derechos consagrados a los pueblos indígenas, donde se establece que el Estado reconocerá la existencia de los pueblos y comunidades indígenas, su organización social, política y económica, sus culturas, usos y costumbres, idiomas y religiones, así como su hábitat y derechos originarios sobre las tierras que ancestral y tradicionalmente ocupan y que son necesarias para desarrollar y garantizar sus formas de vida. Corresponde al Ejecutivo Nacional, con la participación de los pueblos indígenas, demarcar y garantizar el derecho a la propiedad colectiva de sus tierras, las cuales serán inalienables, inembargables e intransferibles de acuerdo con lo establecido en esta Constitución y en la ley⁹⁵.

Depresión y salud mental general

Con relación a la frecuencia de depresión en las etnias indígenas del estado Zulia, los resultados reportan que menos de un cuarto de los sujetos se sitúa en una valoración leve de presencia de síntomas cognitivos y somáticos vegetativos de la depresión. Estos resultados no corresponden con lo hallado por Vallejo, Osorno y Mazadiego (2000), en su investigación, “Diferencias en sintomatología depresiva en estudiantes indígenas Totonacas de telesecundaria y telebachillerato”, se propusieron como objetivo determinar los diferentes niveles en la sintomatología depresiva en adolescentes indígenas. La muestra consistió en 515 adolescentes totonacas, 287 hombres y 228 mujeres en edades de 12 a 18 años todos ellos estudiantes de telesecundaria y telebachillerato en comunidades del municipio de Papantla, Veracruz⁹⁶.

Se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES- D por sus siglas en inglés), que consta de 20 reactivos que evalúan sintomatología depresiva en la semana previa a su contestación, algunos ejemplos de los reactivos son: “sentía que la

gente era poco amigable”, “ veía el futuro con esperanza”; las opciones de respuesta son: 0 días, de 1 a 2 días, de 3 a 4 días y de 5 a 7 días, codificada con valores de 0 a 3 respectivamente. La consistencia interna en coeficiente Alfa de Cronbach para la muestra total fue de .81, para las mujeres de .81 y para los hombres de .79, lo que habla de una adecuada confiabilidad.

La media de depresión para la muestra general fue de 20.86 arriba de 16 que es señalado por Radloff (1977) como indicador de altos niveles de depresión. La media en las mujeres fue de 22.83 y en los varones de 19.31 siendo significativa las diferencias con una probabilidad menor de .01. La comparación entre las edades considerando púberes de 12 y 13 años, a los adolescentes de 14 a 16 años y los jóvenes de 17 a 18 años no mostraron diferencias significativas en sus niveles de sintomatología depresiva.

Un subtipo mas específico de depresión estudiada por Cabada (2015), fue la depresión postparto en población urbana, rural e indígena, donde se propusieron conocer la prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Este tipo de depresión es característico, del Trastorno Bipolar, lo cual permite en muchos casos hacer el diagnóstico en pacientes sin sintomatología previa al parto⁹⁷.

Se aplicó el cuestionario Escala de depresión posnatal de Edimburgo y ficha sociodemográfica diseñada para la recolección de datos como edad, días de puerperio, tipo de parto, familia, número de hijos, estado civil, escolaridad, ocupación, antecedentes psiquiátricos y lactancia materna exclusiva a pacientes que acudieron a consulta programada a la clínica de la lactancia materna y de estimulación temprana, del área urbana y consulta de control del área rural e indígena con puerperio durante en el segundo semestre del año 2011 y el mes de enero del 2012.

La prevalencia de depresión posparto, de acuerdo con el tipo de parto, se observó más en eutócicos (80) con 25% y de manera más significativa en población indígena (29%); en las cesáreas 16% (103) con mayor prevalencia en la población indígena (21%). Se observa como estos datos igualmente son mayores a lo reportado por nuestra investigación en la población indígena general.

Según los resultados de un estudio cuya muestra englobaba habitantes de pueblos indígenas ubicados en la costa noroeste de estados unidos, el 31.4% de los pacientes incluidos cumple criterios para trastornos afectivos, esquizofrenia o síndrome de estrés postraumático según el (DSM-III-R), se encontró una mayor proporción de hombres afectados.

Así mismo, Duran et al (2004) y Vicente et al (2005), en estudios hechos con indígenas norteamericanos han determinado tasas significativamente altas de trastorno depresivo mayor (19.17%), comparadas con estadísticas pertenecientes a otros grupos étnicos o raciales de la población estadounidense. Igualmente, algunas investigaciones centradas en la búsqueda del patrón epidemiológico de las alteraciones mentales en poblaciones de Indios Americanos y Nativos de Alaska (AIAN), han comprobado que alrededor de un 20% de estos individuos, captados en servicios de atención primaria, cumple con criterios de síndrome depresivo^{98,99}.

Otros grupos de investigación que centran su atención en la comunidad Mapuche, el grupo indígena más abundante de Chile, han encontrado que, de las personas estudiadas, aproximadamente el 28.4% ha experimentado al menos un desorden mental clasificado como vital, y un 15.7% ha presentado desórdenes de hasta 12 meses de duración, comparado con un 38% y 25.7%, respectivamente, de la población No Mapuche incluida en el trabajo^{98,99}.

La frecuencia de los trastornos depresivos que reportan los estudios y literatura citada, es mayor a lo hallado en nuestro estudio realizado en las etnias indígenas del estado Zulia, Venezuela. Probablemente si se tomaran en cuenta algunos aspectos como la traducción de los instrumentos a las lenguas indígenas se obtendrían resultados mayores mas parecidos a los de la población americana resaltada en los estudios, aun cuando es preciso saber que los instrumentos aplicados están diseñados para ser aplicados de una forma transcultural.

Otro elemento importante de analizar y discutir lo constituye la conducta suicida, por ser una temida complicación de los trastornos depresivos. Con relación a ellos, se tiene que los índices de suicidio entre jóvenes indígenas en todos los rincones del mundo son asombrosamente elevados. Los porcentajes más altos se registran entre los isleños Tiwi en Australia, los niños Guaraní en Brasil, niños Innu e Inuit en el norte de Canadá y Groenlandia y entre los jóvenes pastores Khanty de Siberia⁹⁹.

Ejemplo de ello, es el caso de 1 800 personas que viven en la capital de las islas Tiwi: uno de cada cuatro ha intentado suicidarse. Por otro lado, más de 300 Guaraní Kaiowá se suicidaron entre el año 1985 y 2000, muchos de los cuales eran niños (Newman et al, 2006; Leenaas et al, 2006)^{100, 101}.

La situación es parecida en el pueblo indígenas del Ártico, los índices de muertes autoinflingida entre hombres de 15 a 24 años están entre el 180 por 100 000 en Alaska y 396 por 100 000 en Groenlandia. El contraste de los índices de suicidio entre los jóvenes indígenas y sus vecinos es preocupante: en la reserva Sioux Lookout en Ontario, por ejemplo, los indios jóvenes tienen un 50% más de posibilidades de cometer suicidio que los canadienses no indígenas de la misma edad, sin embargo, la mayor proporción de

individuos que pertenecen a las estadísticas anteriormente descritas hacen parte de población joven.

En tal sentido debe aclararse, que nuestra investigación no estudia directamente la ideación o conducta suicida, por no formar parte de los objetivos de la misma; solo se aproxima a ello el ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck, donde se indaga de forma expresa la ideación suicida ¹⁰¹.

Consumo de sustancias psicoactivas

En nuestro estudio en las etnias indígenas del estado Zulia, la sustancia adictiva más consumida fue el tabaco, seguido de alcohol, ya que más de la mitad lo han consumido alguna vez en su vida. Sin embargo la frecuencia del consumo es distinta a lo anterior, pues 25% consumen semanalmente alcohol y solo 12,5% consumen tabaco semanalmente.

Los resultados corresponden con lo expresado por Restrepo y Orduz (2006), en una población indígena de Venezuela, se aplicó un instrumento de evaluación validado que mostró una prevalencia de 87% de problemas con el alcohol, dato que es consistente con las cifras determinadas en tres estudios con indios norteamericanos. Además, se estableció que el 70% de los hombres y el 50% de las mujeres indígenas americanas, participantes de un estudio, cumplían con el diagnóstico de dependencia al alcohol. El problema del consumo de alcohol y drogas se ve reflejado en la incidencia de otras alteraciones que pueden identificarse como posibles consecuencias ¹⁰².

De igual manera, Natera (2005), arroja datos concordantes al consumo de alcohol en una región otomí en México, donde se halló que 40% de las mujeres consumen alcohol, de éstas el 66.6% bebe pulque y el 42 % cerveza. Sin embargo, en el caso de los hombres, el tipo de bebida preferida es la cerveza (87.6%) y en segundo lugar el pulque (47.9%).

Aunque es muy difícil precisar la forma en que se consume y la cantidad, se observaron porcentajes mayores en sus padres, es decir, en la generación anterior, sobre todo en el caso de las mujeres, que llegó al 60% en este grupo. En esa generación, las mujeres reportan que consumían pulque en el 95% y 41% cerveza, para ellas sigue siendo actualmente el pulque la principal bebida, mientras que los hombres de la generación anterior, no todos consumían pulque como se hubiera supuesto, solo el 86% lo hacía, el 29.5% vino o aguardiente y el 57% cerveza, bebida que para la generación actual es la preferida 88% ¹⁰³.

Del mismo modo, Vega (2015), en su estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la ciudad de México, de los resultados de la encuesta de estudiantes, nos interesa destacar que el consumo de alcohol y de otras sustancias es muy similar entre la población auto adscrita indígena como no indígena en distintas categorías (por ejemplo en el último año, último mes, alguna vez).

Esto significa que el consumo de alcohol es un fenómeno experimentado por cerca de la mitad de la población de estudiantes indígenas (47.4% de hombres y 49.7 % de mujeres), y que alrededor del 30% de los hombres y 23.9% de las mujeres ya han experimentado un consumo problemático de alcohol; mientras que el consumo alguna vez de otras sustancias (médicas e ilegales), ha sido experimentado por un porcentaje de hombres y mujeres indígenas estudiantes que oscila entre el 21% y el 27% ¹⁰⁴.

En el mismo orden de ideas, la OPS (2014), reporta en su estudio sobre Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas, que los datos disponibles sobre el uso y el consumo excesivo de alcohol entre los pueblos indígenas son limitados. Sin embargo son suficientes para mostrarnos la gravedad del problema. En Perú, un estudio realizado en el año 2000 en

varias comunidades del pueblo Aymara del altiplano de Puno y del pueblo Shipibo de la amazonía, reportó que el consumo de alcohol era predominante entre la población masculina, con una frecuencia que supera el 60% ¹⁰⁵.

En todas las comunidades estudiadas el consumo del alcohol estuvo asociado a conductas agresivas en contra de la esposa, hijos y parientes cercanos. El mismo informe reporte que estudios realizados en Nicaragua, estiman que el 51% de hombres adultos, 45% de jóvenes y 11% de mujeres indígenas beben actualmente.

El inicio de la ingesta alcohólica ocurre alrededor de los 17 años (edad promedio, rango de 15 a 19 años) y se mantiene como un hábito a lo largo de la vida. En la comunidad visitada se presentaron casos de niños que desde los diez años ya ingieren alcohol. Las mujeres de la comunidad estudiada, en comparación con los hombres, tienen una mayor percepción de que el consumo de bebidas alcohólicas es un problema en la comunidad. A diferencia de las mujeres, los hombres cuentan con espacios para la recreación y para la ingesta de bebidas alcohólicas.

Finalmente, Kunitz et al (1999), reporta la alta tasa de problemas relacionados con el alcohol en población indígena, el cual muestra una tasa vital de dependencia alcohólica de 57%, además de una tasa de abuso y dependencia actual de 21%. Tasas similares o incluso superiores han sido reportadas en grupos indígenas de otros países de América, que posiciona los desórdenes de abuso de alcohol y sustancias psicoactivas como una de las principales problemáticas en comunidades aborígenes ¹⁰⁶.

Además se estableció, que 70% de los hombres y 50% de las mujeres indígenas americanas, participantes de un estudio, cumplían con el diagnóstico de dependencia al alcohol y los menores de 20 años son los más propensos; el problema del consumo de

alcohol y drogas se ve reflejado en la incidencia de otras alteraciones que pueden identificarse como posibles consecuencias. En estudios realizados con indígenas Navajos y Apaches encontraron un patrón de consumo de bebidas alcohólicas en el 69% de todos los suicidios indígenas.

Cifras más contundentes en relación con los nativos americanos, demuestran que éstos poseen 770% más probabilidades de morir por alcoholismo y 280% de morir por accidentes, a menudo con implicación de alcohol. Igualmente, existen otras consecuencias del problema en mención, tal como la mortalidad por cirrosis hepática alcohólico-nutricional, que en las comunidades Ñahñu de México, consumidoras de pulque, se ha estimado entre 120 y 140 por 100 000 habitantes cuando el promedio nacional es de 22 por 100 000¹⁰⁶.

En este caso, el problema radica en que la alcoholización no es tratada desde una dimensión de salud mental, incluso no se le identifica como problema de salud por la comunidad ni por los servicios de salubridad, salvo en casos de daño hepático o de alcoholismo franco (Restrepo y Orduz, 2006)¹⁰².

Se aprecia, que los datos de las investigaciones mencionadas corresponden con lo hallado en nuestro estudio, pues en él se detecta que más de la mitad de los indígenas han consumido alcohol y 25% lo hacen semanalmente.

Con relación a la cocaína y hoja de coca, Vera y Manrique (2002)¹⁰⁷, analizaron los aspectos farmacológicos y socioculturales del consumo de hoja de coca en indígenas Koguis respecto al consumo de cocaína en ambientes urbanos. Obtuvieron los siguientes hallazgos, aun cuando el consumo de la hoja de coca es relativamente frecuente, no hay acuerdo sustancial sobre los síndromes de tolerancia y dependencia en el consumo de la

cocaína, por tanto no puede considerarse como una adicción, sustentado además en el aspecto cultural que rodea el consumo, lo cual impide calificarlo como adicción.

En el indígena Kogui el consumo está relacionado con la necesidad de trascendencia religiosa, familiar, social y económica. En los ambientes urbanos se encuentra relacionada con las necesidades afectivas en el adicto, de productividad y eficiencia a la que obliga el capitalismo; o al lucro de grupos al margen de la ley que lejos de resolver necesidades reales, empeoran y deterioran el tejido social.

Si se considera la estructura cultural de los Kogui de la Sierra Nevada de Santa Marta, se comprenderá que el uso de la coca establece canales de comunicación manteniendo y reafirmando las orientaciones de esta comunidad. También, que su consumo obedece a sus principios de trascendencia y existencia que incluye muchas de sus decisiones, convirtiéndose en un símbolo de comunicación para su familia, su comunidad, su sociedad y cultura.

Una segunda consideración de acuerdo a los resultados del estudio mencionado, corresponde a las atribuciones que tradicionalmente se dan a la planta de la coca como dañina en un extremo o como cura de todos los males y enfermedades en el otro. Se debe diferenciar la hoja de coca y la cocaína como se diferencian las uvas del vino

Se puede afirmar en conclusión, que el uso de “coca” no hace daño y sus efectos positivos o negativos se estudiaron dentro de los contextos sociales y culturales del grupo cultural de los Koguis, quienes han sabido por siglos usar y controlar socialmente el arbusto de la coca, por medio la regulación de sus maneras de consumo en cuanto a la forma en que se consume la hoja, para qué y por qué se consume, es decir, dentro de su estricto control social y cultural que lo acompaña. Esto hace un fuerte contraste con las motivaciones y uso

que hacen los consumidores de la forma cocaína en nuestra sociedad, sin mencionar el uso que de ella hacen los narcotraficantes y grupos al margen de la ley.

Finalmente se menciona, que el uso dado a la coca en la comunidad Kogui no puede ser ubicado en las categorías de abuso o dependencia; ya que sus patrones de consumo se enmarcan dentro de las prácticas sociales, económicas y rituales de su comunidad, frente al uso de la cocaína en los ambientes urbanos en los cuales se evidencian los efectos farmacológicos de dependencia, tolerancia, y riesgo de sobredosis, además de los efectos del tipo psicótico; sin incluir los apéndices de aspectos tales como delincuencia, accidentalidad, narcotráfico, tráfico de armas, guerrilla, lucro etc ¹⁰⁷.

Los datos que refiere al autor, corresponden con lo hallado en la presente investigación doctoral; aun cuando la mayoría dijo nunca haber experimentado con el cannabis y cocaína, un aproximado de 20% +/-2.5 señaló un consumo mensual y 7% +/-3 señaló consumo diario. Corresponde indagar, si dicho consumo se envuelve en prácticas sociales, económicas y rituales de su comunidad, y si se cumplen o no, los criterios de tolerancia y dependencia a fin de determinar si está ubicado el consumo en la categoría de adicción.

Calidad del sueño

Casi la mitad de los sujetos manifestaron una satisfacción subjetiva del sueño ubicada como término medio. Un poco más de la mitad reportó insomnio moderado y la mayoría resultó negativo para los indicadores de hipersomnia. La discusión y confrontación teórica se realiza principalmente con el estudio “Caracterización de la calidad del sueño en indígenas Venezolanos” de Colliva (2011) ¹⁰⁸, pues constituye el único referente nacional al respecto.

Colliva (2011), reporta que en las etnias indígenas venezolanas la Calidad subjetiva del sueño, evidencia una tendencia ascendente en cuanto a la opinión de tener una “Muy buena” y “Bastante Buena” calidad del sueño, a cual prevalece sobre las otras opiniones dentro de cada grupo, con una tendencia muy baja hacia opiniones de una “Bastante Mala” calidad del sueño a predominio de los habitantes de los Llanos (2) (8,4%) y de “Muy mala” en Guayana (1) del (3%) con ninguna en Occidente (3).

Se aprecia que en relación a la variable Género, luce bastante equilibrada entre ambos géneros, quienes prevalecieron con una leve ventaja fueron las mujeres con la opinión de una calidad de sueño muy buena en un (30%), con respecto a los hombres (22,4%). En cuanto a la opinión de buena calidad del sueño los resultados son bastante equilibrados entre ambos géneros con predominio en las mujeres (21%) con respecto a (19%) para los hombres.

Es de importancia la latencia del sueño, a este respecto la autora encuentra un elevado porcentaje en poder conciliar el sueño en ≤ 15 minutos en ambos géneros, casi un (50%) de la población, apreciándose una ligera elevación en los 94 hombres (25.5%) con respecto a 88 mujeres (23.4%). Cabe destacar que se encontró (19%) de encuestados requirieron más de 1 hora para conciliar el sueño con un predominio de (11,7%) de la población general con respecto al (7%) de los hombres.

Es decir, en cuanto al comportamiento de los datos del Componente (C2) Latencia del sueño, es evidente el elevado porcentaje que se obtuvo para la puntuación de 0 correspondiente a poder conciliar el sueño ≤ 15 minutos en ambos géneros de casi un (50%) de la población general; dentro del grupo masculino el (56%) concilia el sueño en ≤ 15 min. Dentro del grupo femenino concilian el sueño en ese tiempo (42%) de las mujeres. Sin embargo, el (21,3%) del grupo de las mujeres, respondieron requerir ≥ 60 minutos para

conciliar el sueño, y dentro del género masculino presentan esta modalidad el (15,4)% de ellos.

Con relación al componente duración del sueño, refleja la clara tendencia a considerar que duermen > 7 horas (63%). De los cuales el mayor porcentaje correspondió al género femenino (35,6%) y al género masculino (27%). Los porcentajes marginales evidencian que dentro del género femenino, la repuesta de dormir más de 7 horas prevalece con (66%) con respecto a (60%) del género masculino.

El porcentaje marginal del (C5) detecta que existe relación entre la variable Género y el Despertarse en mitad de la noche, destacando que el género femenino ve perturbado su sueño con despertares nocturnos de hasta 3 veces por semana en (13,7%), mientras que esta eventualidad se ve en (5,4%) del género masculino. La afectación que provoca despertares nocturnos de hasta tres veces por semana fue “el calor”, con porcentajes de 12% en los hombres y 16% para las mujeres

De tal manera que el porcentaje marginal de los despertares nocturnos según los grupos etarios evidencia que a medida que se avanza en edad hay menos perturbaciones por despertares nocturnos hasta el grupo de 31 a 40 años, apreciándose una elevación progresiva a medida que se avanza en edad a partir del grupo de 41 a 50 años hasta más de 70. Probablemente por las variadas patologías que usualmente afectan a esos grupos etario.

Se aprecia como en términos generales la calidad del sueño es buena entre los indígenas, en oposición a lo hallado en nuestro estudio donde sólo un poco menos de la mitad refirió estar satisfecho; contrario a ello, poco mas de la mitad están satisfecho en termino medio tal como lo revela el Cuestionario del Sueño de Oviedo. Además un poco

mas de la mitad de los indígenas del estado Zulia reportaron insomnio moderado, situación esta que no se comparte con lo aportado por la autora.

Colliva (2011), también analizo la disfunción diurna, o sea a las repercusiones que se pudieran presentar durante el día como consecuencia de algún trastorno del sueño. Se expresan las frecuencias con las cuales los sujetos presentaron disfunción diurna, apreciándose que al (48%), no le ha ocurrido, y se aprecian porcentajes similares entre ambos géneros de (47%); en la población restante se detecta que en el género femenino presenta una mayor tendencia a sufrir de disfunción diurna, desde una o dos veces y hasta más de tres por semana.

Se evidencia que no hay diferencia significativa entre ambos géneros de la población encuestada apreciándose siempre que la mayoría de la población no presenta disfunción diurna, (53%) de los hombres y (43%) de las mujeres; los que la padecen les ocurre menos de 1 vez por semana (34%) en los hombres y (39%) en las mujeres. La tendencia es decreciente en los índices en las variables entre 2 y 3 veces por semana. Según el Chi cuadrado, no existe relación entre las variables, aportando un valor de ($p=0,092>0,05$).

Concluye presentado, la distribución de frecuencia de los datos de Disfunción Diurna según los grupos etarios, donde casi un 50% de respuestas correspondieron a que nunca ha presentado disfunción diurna, cabe destacar que no se aprecian diferencias significativas pareciera que la edad no influencia la disfunción diurna y se demuestra por la prueba de Chi cuadrado la cual arroja ($p=0,152>0,05$).

Lo anterior, se corresponde con lo aportado en nuestra investigación, donde se observa que en las etnias indígenas del estado Zulia, la mayoría no presenta patrón de hipersomnia, específicamente 67,8% de la muestra; seguido de 6,6% de la muestra

quienes manifiestan padecer de hipersomnia leve, 2,2% hipersomnia moderada y 3,4% hipersomnia grave.

Calidad de vida

Antes de iniciar, es preciso recordar la definición que hace Ardila (2003) ¹⁰⁹ sobre calidad de vida:

“Estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva; como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social, con la comunidad y salud objetivamente percibida” (p.163).

Se aprecia como posee elementos subjetivos y objetivos; sin embargo el instrumento usado, el Cuestionario WHOQOL-BREF diseñado por la OMS se basa en elementos subjetivos son relación a la percepción subjetiva de esta variable.

Ahora bien, en nuestro estudio menos de la mitad de los indígenas en el estado Zulia, percibe su calidad de vida en el nivel “poco”, sin embargo al sumar la categoría “poco” y “muy mal”, representan estos la mayoría. Al analizar la calidad de vida a través de los ítems que la objetivan según el instrumento de la OMS, se obtiene que casi la totalidad presenta una calidad de la misma en el nivel moderado de la escala.

Al respecto, Cruz (2014) ¹¹⁰, explora las condiciones de vida de los hogares indígenas en los siguientes aspectos: 1) Capacidad de ahorro y otros ingresos; 2) educación y salud; 3) condición laboral y negocios; 4) condiciones de la vivienda y servicios básicos disponibles; y, 5) activos del hogar. Resumen como resultados los siguientes:

Las condiciones de los hogares indígenas en los aspectos explorados de manera breve hasta aquí, permiten señalar que el envío de remesas mejora hasta cierto punto la

calidad de vida de los hogares que las reciben. Su impacto se encuentra limitado por constreñimientos propios del desarrollo local, tanto como por las principales características de dichos hogares, como son la edad o el sexo de sus miembros. Además, no implica que puedan utilizarse para inversiones productivas o sirvan como detonante del desarrollo para las comunidades menos favorecidas.

El bajo impacto de los esfuerzos encaminados a crear oportunidades de empleo y generación de ingreso, o facilitar el acceso a servicios de educación o una vivienda digna; hace que en ciertos sectores se perciba a las remesas como una tabla de salvación para resolver diversas problemáticas del desarrollo local. Sin embargo, y como igualmente se apuntó, no hay evidencia empírica que sostenga siquiera que haya excedentes de las remesas, que además puedan constituir un fondo social, útil para el desarrollo de comunidades con tradición migratoria.

El mismo modo, Romero (2010) ¹¹¹, estudia en Colombia la Educación, calidad de vida y otras desventajas económicas de los indígenas. Usando la Encuesta de calidad de vida (2003), Cárdenas y Bernal (2005) citados por Romero (2010), muestran que la variable *dummy* que recoge el efecto del grupo étnico (la cual incluye tanto a indígenas como afrocolombianos) sobre la probabilidad de estar cubierto en salud tiene un signo negativo, aunque no significativo. Sin embargo, cuando separan el efecto del grupo étnico en tres componentes: indígena, afrocolombiano y otras minorías étnicas, los resultados varían notablemente.

La probabilidad de tener cobertura en salud es menor para el grupo de afrocolombianos, y aumenta para el de indígenas. Una de las razones que dan los autores es porque los resguardos indígenas son elegibles para recibir beneficios del Gobierno destinados a cobertura en salud.

De igual manera, medidas como el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) deben ser interpretadas con cautela a la hora de evaluar la calidad de vida de los grupos étnicos. Por una parte, las observaciones de campo indican que los materiales de la vivienda, como lo son los pisos de arena, no son asumidos como una deficiencia por parte de quienes las habitan, sobre todo en el caso de las rancherías.

Con la salvedad anterior, en Colombia el grupo indígena tiene mayor probabilidad de tener por lo menos una necesidad básica insatisfecha. Los aborígenes que viven en las principales ciudades colombianas tienen 7,9 pp adicionales en la probabilidad de carecer de por lo menos uno de los componentes del NBI. En el total de las cabeceras municipales incluidas en la encuesta, el aumento en la probabilidad llega a 11,9 pp. Sobresale la región Caribe, donde los indígenas tienen 28,6 pp adicionales de probabilidad de ser considerados pobres por NBI en las áreas urbanas y 10,6 pp en las rurales.

Usando la línea de pobreza de la mitad de la mediana, los indígenas tienen mayor probabilidad de ser pobres por insuficiencia de ingresos. Manteniendo constantes otras características de los individuos, quienes se autorreconocen como indígenas y habitan en las cabeceras municipales mostraron una probabilidad, aumentada en 11,9 pp, de ser pobres por sus ingresos.

Así mismo, la probabilidad llega a ser mayor en las regiones de los Andes orientales (15,4 pp), Caribe (20,2 pp) y Pacífico (16,0 pp). En las áreas rurales un individuo del grupo indígena tiene 17,6 pp adicionales en la probabilidad de estar por debajo de la línea de pobreza (mitad de la mediana); por regiones, sobresale el Caribe, donde la probabilidad aumenta en 27,4 pp.

Estrés percibido

Con relación a la percepción global de estrés, más de la mitad presenta dicha percepción en bajo nivel, seguido de la percepción media, un mínimo porcentaje no presenta nivel de estrés y ninguno la presenta en nivel alto.

Pedrero (2015), explica que los enfoques fisiológicos y bioquímicos se centran en las respuestas orgánicas que se generan en la persona cuando se enfrenta a una situación percibida como amenazante. Por su parte, los enfoques psicosociales hacen énfasis en factores externos; es decir, en los estímulos y eventos productores de estrés. Se considera que el estrés no es algo que pertenece solo a la persona o al ambiente, ni es tampoco un estímulo o una respuesta, sino que más bien es una relación dinámica entre la persona y el ambiente.

Esto significa que la persona no es una víctima pasiva del estrés, y que su forma de interpretar los acontecimientos y la manera de valorar sus propios recursos y posibilidades para enfrentarlos, determina en gran medida la magnitud de la experiencia de este. Dependiendo de la forma en que la persona piense y de los sentimientos e imágenes que tenga respecto de una situación, puede crear, aumentar, mantener o disminuir la respuesta a él ⁸¹.

En este orden de ideas, Lopera y Rojas (2012), afirman que la población indígena es la población que presenta los menores niveles de escolaridad, empleo, economía, vivienda y salud; lo que propician un círculo de desventajas que favorecen el abuso de sustancias, depresión y otros trastornos mentales que se convierten en obstáculos para el derecho al goce del grado máximo de salud física y mental. Factores estos se encuentran tipificados como elementos psicosociales productores de estrés¹⁸.

Refiere el estudio, que los trastornos que afectan la salud mental, independientemente de los factores biológicos que los ocasionan, se vinculan también con problemas asociados con la pobreza y con las condiciones socio-culturales como la desnutrición, la inequidad en el acceso a los servicios de salud y aspectos espirituales, místicos y religiosos propios de la cultura; a pesar de ello, la mayoría de los incluidos en el estudio presenta una percepción baja de estrés.

6. CONCLUSIONES

Menos de un cuarto de los pacientes se sitúa en una valoración leve de presencia de síntomas cognitivos de la depresión, siendo igual comportamiento para los síntomas somáticos vegetativos, pues se ubican estos en la minoría de los sujetos analizados.

La sustancia adictiva mas consumida fue tabaco, seguido de alcohol. Al respecto, más de la mitad lo han consumido alguna vez en su vida. Sin embargo el patrón de consumo es distinto que lo anterior, pues 25% consumen semanalmente el alcohol y solo 12,5% consumen tabaco con esta frecuencia.

Casi la mitad de los sujetos manifestaron una satisfacción subjetiva del sueño ubicada como “término medio”. Un poco más de la mitad reportó insomnio moderado y la mayoría resulto negativo para los indicadores de hipersomnia.

Menos de la mitad percibe su calidad de vida en el nivel “poco”, sin embargo al sumar la categoría “poco” y “muy mal”, se convierten en la mayoría. Al analizar la calidad de vida como dato objetivo se obtiene que casi la totalidad presenta una moderada calidad de la misma.

Con relación a la percepción global de estrés, más de la mitad presenta dicha percepción en bajo nivel, seguido de la percepción media, un mínimo porcentaje no presenta nivel de estrés y ninguno presenta nivel alto de estrés percibido.

Existe una correlación significativa inversa entre los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el nivel de la calidad de vida que ellos perciben; es decir, a mayor gravedad del trastorno depresivo menor es la calidad de vida, y de forma reciproca una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa un aumento en el nivel de la calidad de vida percibida.

Existe correlación bilateral inversa entre los trastornos depresivos que padecen los sujetos de las etnias indígenas del estado Zulia y la calidad de sueño que perciben. Es

decir, a mayor gravedad de un trastorno depresivo menor es la calidad de sueño; y una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa un aumento en el nivel de la calidad de sueño así como en su eficiencia.

Se halló una correlación directa entre la intensidad de los trastornos depresivos que padecen los sujetos de la muestra estudiada y el nivel de estrés percibido, es decir, a mayor gravedad del trastorno depresivo mayor es el nivel de estrés a ser percibido. Así mismo una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el nivel de percepción global de estrés.

Existe una correlación directa entre la intensidad de los trastornos depresivos en la muestra estudiada y el consumo de tabaco, es decir, a mayor gravedad del trastorno depresivo mayor es el nivel de consumo del tabaco. Así, una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el nivel de consumo de tabaco.

Finalmente, se observa correlación directa significativa entre la intensidad de los trastornos depresivos que padecen los sujetos de las etnias indígenas del estado Zulia y el aumento del consumo de alcohol, es decir, a mayor gravedad de la sintomatología depresiva, mayor es el nivel de consumo del alcohol. A la inversa, una disminución en la gravedad de los trastornos depresivos significa una disminución en el nivel de consumo de alcohol.

En atención a lo concluido se emiten las siguientes recomendaciones:

Es preciso realizar investigaciones futuras con mayor cobertura poblacional, donde se logre ejercer el control sobre algunas variables intervinientes que pudieran influir en los resultados, como por ejemplo, lenguaje y adopción de los patrones culturales en la definición de enfermedad mental en los grupos étnicos.

Se recomienda partir de la cosmovisión del concepto de salud mental en los pueblos indígenas, para tratar de percibir e indagar la construcción del concepto desde las neurociencias, pero sin dejar de lado la percepción de la misma desde la medicina tradicional que practican.

Los instrumentos utilizados han sido estandarizados y validados mundialmente, reconocidos como medidores validos y confiables en todas las culturas; a pesar de ello, seria conveniente hacer una adaptación, o por lo menos traducción de los mismos a las lenguas autóctonas de las etnias indígenas.

Establecer comparaciones con respecto a las diferencias que puedan existir del comportamiento de la depresión y variables clínico-epidemiológicas asociadas entre las distintas etnias, es decir, como se comportan entre Wayuu, Barí, Añú y Yukpa.

Realizar investigaciones similares en las otras etnias indígenas de Venezuela, agrupadas en Región Occidental (la cual fue abordada en este estudio), Región Central y Región de Guayana; pues se requiere avanzar en la construcción de un perfil clínico-epidemiológico de la salud mental en las poblaciones indígenas del país, hasta ahora inexistente.

La anterior recomendación, permitirá la vigilancia epidemiológica de los trastornos mentales y del comportamiento y otras situaciones psicosociales objeto de atención clínica; con el fin de abordar y establecer planes de acción.

Diseñar planes de acción e intervención, partiendo del hecho que la heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas hace difícil, la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Es precisamente esta diversidad, en la que se acentúan las diferencias étnicas y culturales, la que obliga a considerar a cada pueblo

indígena en su dimensión particular; en consecuencia el énfasis se desplaza necesariamente hacia el desarrollo de estrategias de atención desde una perspectiva local.

Se debe considerar siempre a la hora de planificar la realización de estudios e intervenciones, que estos pueblos son poseedores de una diversidad cultural cuya riqueza nos es hoy tan imprescindible como indispensable tanto para nuestra supervivencia como especie, como para la preservación de la vida; por ellos, abordar esta problemática conjuntamente no tiene como fin último ayudar a los pueblos indígenas, sino más bien ayudarnos mutuamente con el fin de alcanzar salud para todos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina M, Sarti E, Quintanar T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documentos de Postura. Primera edición. México. Intersistemas. S.A; 2015
2. Zarragoitia Alonso, I. Depresión: generalidades y particularidades. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2010.
3. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud; 2004.
4. Organización Mundial De La Salud (OMS). La depresión. Nota descriptiva N°369 Abril de 2016. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
5. Organización Mundial De La Salud (OMS). Tema de salud. Salud mental: un estado de bienestar. Diciembre de 2013 Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
6. Kessler, R. (2002). Epidemiología de la Depresión. Guilford Publications: USA.
7. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica No. 632. Washington DC; 2009
8. Anuario de mortalidad 2011, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Caracas Venezuela; 2011.
9. Pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo año 2014. Secretaria de salud del Zulia. Disponible es <http://saludzulia.gob.ve/>.
10. Marsiglia I. Estudio clínico epidemiológico de la ansiedad y la depresión. Gaceta Médica de Caracas. Volumen 118 núm. 1 Caracas; Enero 2010.
11. Mitchell, TM. National Guideline Clearing House. Agency of research, adult depression in primary care. Blumington, MN. Institutedforclinicalassintanceimprovement; Sept 2013.
12. García-Herrera A., Pérez Bryan J.; Nogueras E.; Muñoz Cobos F. y Morales Asencio J. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga. 20112
13. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Sección de Diagnóstico y Clasificación. México; 2004. Disponible en www.panet.org/uploads/Sections/Classification_Diagnostic/gladp.pdf.
14. Organización Panamericana de la Salud. Día mundial de la salud: La depresión es el trastorno mental más frecuente, Washington D.C. Octubre de 2012
15. Yorelis Acosta. "Salud mental del venezolano es vulnerable a la escasez y a la inflación". 2015. <https://informe21.com/salud-y-bienestar/salud-mental-del-venezolano-es-vulnerable-a-la-escasez-y-a-la-inflacion>.
16. María Flores, Rogelio Troyo, Martha Cruz Ávila, Guillermo González, Armando Muñoz de la Torre. Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. Revista: Revista Argentina de Clínica Psicológica 2013 23(2).

17. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud: Tratamiento de la depresión en atención primaria. España; 2011
18. Lopera Johan, Rojas Sara. Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. Medicina U.P.B. 2012; 31(1):42-52.
19. Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García-Cabrera K P, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya-Rodríguez M, Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 20152018-23.
20. Natera Rey, Medina Aguilar PS, Callejas Pérez F, Orford J, Salinas Escudero G, Tiburcio Sainz M. Costo-efectividad de una intervención breve de apoyo a mujeres indígenas de Hidalgo, México, que viven con consumidores excesivos de alcohol. RevPanam SaludPublica. 2016;39(2):69–75.
21. Vallejo Alma, Osorno Rafael, Mazadiego Teresa. “Diferencias en sintomatología depresiva en estudiantes indígenas Totonacas de telesecundaria y telebachillerato. 2009. X Congreso Nacional de Investigación Educativa. Veracruz. 21 al 25 de septiembre de 2009.
22. Bleichmar, H. La depresión: un estudio psicoanalítico. 2000. Buenos aires: Nueva Visión Argentina.
23. Vallejo y Ruiloba Tratado de Psiquiatría. 2012. Madrid: Marban.
24. Duarte, F. et al. Depresión y factores de riesgo asociados en mujeres con hijos en tratamiento paidopsiquiátrico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016. V. 54, N. 1, p. 58-63.
25. Jaffee SR, Belsky J, Harrington H, Caspi A, Moffitt TE. When parents have a history of conduct disorder: how is the caregiving environment affected?. J Abnorm Psychol. 2006 May;115(2):309-19.
26. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6):593-602.
27. WHO. International Classification of Diseases (ICD). 10 editions. 1992. Ginebra.
28. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. 5ta. edición DSM-5. 2013. Asociación Psiquiátrica Americana. Washington.
29. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. 2013. Santiago.
30. American Psychiatric Association. (2010) Trastornos del estado de ánimo. Autoevaluación y actualización en Psiquiatría. Barcelona: Medical Trends.
31. American Psychiatric Association. Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. 2016. Washington
32. Mitjans M, Arias B. La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?, , Actas EspPsiquiatr 2012;40(2):70-83

33. Van der Sluis S, Verhage M, Posthuma D, Dolan CV. Phenotypic complexity, measurement bias, and poor phenotypic resolution contribute to the missing heritability problem in genetic association studies. *PLoS One*. 2010;5(11):e13929.
34. Cantor RM, Lange K, Sinsheimer JS. Prioritizing GWAS results: A review of statistical methods and recommendations for their application. *Am J Hum Genet*. 2010;86(1):6-22. 90.
35. Wang K, Li M, Hakonarson H. Analysing biological pathways in genome-wide association studies. *Nat Rev Genet*. 2010;11(12):843-54.
36. Shi J, Potash JB, Knowles JA, Weissman MM, Coryell W, Scheftner WA, et al. Genome-wide association study of recurrent early-onset major depressive disorder. *Mol Psychiatry*. 2011;16(2):193- 201
37. Lasky-Su J. A network medicine approach to psychiatric genetics. *Am J MedGenet B NeuropsychiatrGenet*. 2013;162B:579-86.
38. Boks MP, de Jong NM, Kas MJ, Vinkers CH, Fernandes C, Kahn RS , et al. Current status and future prospects for epigenetic psychopharmacology. *Epigenetics*. 2012;7: 20-8. 5.
39. Day JJ, Sweatt JD. Epigenetic Treatments for Cognitive Impairments. *Neuropsychopharmacology*. 2012; 37:247-60
40. Daisy Salamanca-Ortíz. Jorge Vergara-Vergara, Franklin Escobar-Córdoba, Álvaro Rodríguez-Gama, Jorge Caminos- Pinzón. Genetic and molecular advances in the study of mental disorders. *Rev. Fac. Med*. 2014 Vol. 62 No. 2: 319-324.
41. Guadarrama, L., Escobar, A., Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *RevFacMed UNAM*, 2006; 49 (2).
42. Rosen CJ (2009). Breaking into bone biology: serotonin's secrets. *NatMed*. 15 (2): pp. 145–6.
43. Gasparini CF, Smith RA, Griffiths LR. Genetic and biochemical changes of the serotonergic system in migraine pathobiology. *J Headache Pain*. 2017, 18(1):20.
44. Ozbey G, Celikel FC, Cumurcu BE, Kan D, Yucel B, Hasbek E, Percin F, Guzey IC, Uluoglu C. Influence of ABCB1 polymorphisms and serum concentrations on venlafaxine response in patients with major depressive disorder. *Nord J Psychiatry*. 2017;71(3):230-237.
45. Gupta D, Prabhakar V, Radhakrishnan M. 5HT3 receptors: Target for new antidepressant drugs. *NeurosciBiobehav Rev*. 2016;64:311-25.
46. Albert L. Lehninger, David Lee Nelson, Michael M. Cox (2005). W.H. Freeman,, ed. *Principles of biochemistry*, Vol. 1 4th ed.
47. Morrisette DA, Stahl SM. Modulating the serotonin system in the treatment of major depressive disorder. *CNS Spectr*. 2014 Dec;19Suppl 1:57-6
48. Kraus C, Castrén E, Kasper S, Lanzenberger R. Serotonin and neuroplasticity - Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *NeurosciBiobehav Rev*. 2017 Mar 22;77:317-326

49. Young KD, Misaki M, Harmer CJ, Victor T, Zotev V, Phillips R, SiegleGJ, Drevets WC, Bodurka J. Real-Time Functional Magnetic Resonance Imaging Amygdala Neurofeedback Changes Positive Information Processing in Major Depressive Disorder. *Biol Psychiatry*. 2017, 23(17)31370-7.
50. Rosa CE, SoaresJC, Figueiredo FP, Cavalli RC, Barbieri MA, Schaufelberger MS, Salmon , Del-Ben CM, Santos AC Glutamatergic and neural dysfunction in postpartum depression using magnetic resonance spectroscopy.. *Psychiatry Res*. 2017 Apr 26;265:18-25.
51. Moreno Julia, Torner Carlos A, Lara Carmen, Campos María Guadalupe. El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte *Salud Ment* 2005; 28(6): 20-26.
52. Moreno J, Campos MG, Lara C, Torner C El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Segunda parte. *Salud Mental*, 2006; 29 (1):54-87.
53. Boyer E, Shannon M. Current concepts: the serotonin syndrome. *N Engl J Med*. 2005;352:1112-23.
54. Holmann P, Weissman MM, ZubenkoGS. Genetics of earlyonset mayor depression. *A J Psychiatry*. 2006;163:109-14.
55. Belmaker RH, Agam G Schwlad M. Neurotrophin levels in postmortem brain of suicide victims and the effects of antemortem diagnosis and psychotropic drugs. *Brain Res mol*. 2005;236;29-39.
56. Ministerio de Salud .Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Guía de Práctica Clínica en Depresión. Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida. Perú; 2008.
57. Urrego Mendoza DZ. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de especialidades médicas, Bogotá, 2001. *Rev. Salud pública*. 2002; 4:59.
58. Méndez M, Leal Rojas EC, Prieto Suárez E, et al. Relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y alteraciones neurocomportamentales en fármaco-dependientes en rehabilitación en comunidades terapéuticas (FECCOT). Estudio descriptivo. *RevFacMedUnal*. 2008; 56:338-52.
59. Beatriz Payá, Germán Castellano. Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. 2015. Documento en línea. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Consumo%20de%20sustancias.pdf>.
60. Caicedo Ruth, Moreno Yurley, Ferreira Jaydi, Mendoza José, Rueda Leonardo, Murillo Patricia, Botello Xiomara. Diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Rev Cien y Cuid* 2012; 9(2): 26-35.
61. Mendoza, Abraham et al. Significados del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 2015. [S.l.], v. 14, n. 3.

62. Sánchez Upegui, A. Del consumo ritual a la adicción contemporánea. *Revista Universidad de San Buenaventura*. 2002. Medellín, 16, 41-49.
63. Carvajal, O., & Van Horn, D. El ser indígena en la ciudad: espacio de tensión y reelaboración de relaciones identitarias (Trabajo de grado de Antropología). 2010. Universidad de Antioquia, Medellín.
64. Borquez, P. Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercibida en estudiantes universitarios. *Asunción (Paraguay)*, 2011. 8(1): 80-91.
65. Sierra J C, Jiménez Navarro C, Martín Ortiz J D, Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño . *Salud Mental*, 2002. 2535-43.
66. Masa J, Rubio M, Findley L. Habitually sleep drivers have a high frequency of automobile crashes associated with respiratory disorders during sleep. *Am J RespirCritCareMed*, 2000. 162:1407-1412.
67. Buela G, Sierra J. Evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño. En: Buela-Casal G, Sierra JC (eds). *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Biblioteca Nueva, 2001; 393-438, Madrid.
68. Medina Ortiz Ó, Sánchez Mora N, Conejo Galindo J, Fraguas Herráez D, Arango López C, Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2007. XXXVI. 701-717.
69. Eaton WW, Badawi M, Melton B: Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(7):967-72.
70. Riemann D, Voderholzer U: Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *J AffectDisord*. 2003; 76(1- 3):255-9.
71. Stepnowsky, Jr.C, Moore P., Dimsdale J Effect of Ethnicity on Sleep: Complexities for Epidemiologic Research. *Epidemiology*. Disponible en: www.journalsleep.org/Articles/260312.pdf.
72. Mezick. E., Mattew, K., Hall M., Strollo P., Buysse D. Influence of race a socioeconomic status on sleep: Pittsburgh Sleep Score Project. *Psychosomatic Medicine*, 2008. 70 410-416.
73. Colliva, m. caracterización de la calidad del sueño en indígenas venezolanos. 2011. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. España.
74. Froese C., Butt a., Mulgrew A., Cheema R., Speirs M., Gosnell C., Fleming J., Fleetham J., Ryan C., Ayas N., Depression and Sleep-Related Symptoms in an Adult Indigenous, North American Population *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2008. Vol. 4, No. 4.
75. Ardila R, Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003; 35161-164.
76. Salas C, Garzón MO. La noción de calidad de vida y su medición. *Rev CES Salud Pública* 2013; 4(1): 36-46
77. Dockendorf C. Solidaridad: la construcción social de un anhelo. 2 ed. 1995. Ediciones S, editor. Santiago de Chile: Fundación Soles.

78. Trujillo, S., Tobar, C., & Lozano, M. Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3, 2004. p89-98.
79. Organización Mundial de la Salud. La salud de los pueblos indígenas. 207. Nota descriptiva N°326.
80. Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas. 2006. El mundo indígena [IWGIA].
81. Pedrero E. et al. La Escala de Estrés Percibido (EEP): estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Behavioral Psychology*. 2015; Vol. 23, N° 2, pp. 305-324.
82. Naranjo, M. L. Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos. 2004. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
83. Naranjo L. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación* 2009; 33171-190.
84. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *ClinPsychol Rev*. 2004;24:981–1010.
85. Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. *Tor. Univ. Heal. Netw. Women's Heal*. 2003, Program Tor. Public Heal.
86. Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, VerbeekJH, FeltzCornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. En: *The Cochrane Collaboration*, Nieuwenhuijsen K, editores. *Cochrane Database of Systematic 104 GPC Depresión en personas de 15 años y más*, 2013, Ministerio de Salud Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd; 2008 [citado 26 de febrero de 2013].
87. The British Psychological Society.&The Royal College of Psychiatrists. *TheTreatment And Management Of Depression In Adults*. 2010.
88. Dechent, C. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev HospClínUniv Chile* 2008; 19: 339 – 46.
89. Cano Vindel, Antonio, Salguero, José Martín, Mae Wood, Cristina, Dongil, Esperanza, Latorre, José Miguel. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo* [en línea] 2012, 33 (Enero-Abril): [Fecha de consulta: 16 de mayo de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa>.
90. Hernández, R., Fernández, O. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Mc. Graw Hill.
91. Sabino, C. (1998). *El proceso de la investigación*. Editorial Panapo. Caracas.
92. Sierra, R. (2006). *Metodología de la Investigación Social*. Madrid Editorial
93. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1993. *Pueblos Indígenas y Salud*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

94. Organización Mundial de la Salud. 2016. Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países: una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y socios de la región de las Américas. Ginebra.
95. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Asamblea Nacional. 1999. Caracas.
96. Vallejo M, Osorno F y Mazadiego L. Diferencias en sintomatología depresiva en estudiantes indígenas Totonacas de telesecundaria y telebachillerato. X Congreso Nacional de Investigación Educativa. 2000.
97. Cabada E. et al. Prevalencia de síntomas de depresión postparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Med Quir.* 2015; 20:18-23.
98. Duran B, Sanders M, Skipper B, Waitzkin H, Malcoe LH, Paine S, et al. Prevalence and correlates of mental disorders among native american women in primary care. *Am J Public Health.* 2004 Jan; 94(1):71-7.
99. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry.* 2005 Jun; 51(2):119-27.
100. Newman L. Tragedy Stalks Brazil's Guarani [Internet]. Doha, Catar: AlJazeera; 2006 [consultado 6 de junio de 2011]. <http://english.aljazeera.net/NR/exeres/995D087C3CA6-4B41-9694-91D49D2ED038.htm>.
101. Leenaars AA. Suicide among indigenous peoples: introduction and call to action. *Arch Suicide Res.* 2006;10(2):103-115.
102. Restrepo Restrepo V, Orduz Sánchez J. Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América: salud mental de los pueblos indígenas. Medellín: Universidad de Antioquia: Organización Indígena de Antioquia; 2006.
103. Natera, G. La difícil identificación del consumo de alcohol en jóvenes en comunidades indígenas. *El Cotidiano.* 2005; (20)132, 92-97.
104. Sánchez, V., Trejo, S. Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la ciudad de México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones; México, D.F.
105. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas. 2014.
106. Kunitz SJ, Gabriel R, Levy JE, Henderson E, Lampert K, McCloskey J, et al. Alcohol dependence and conduct disorder among Navajo Indians. *J Stud Alcohol.* 1999; 60(2):159-16.
107. Vera K. y Manrique M. Aspectos farmacológicos y socioculturales del consumo de hoja de coca en indígenas Koguis respecto al consumo de cocaína en ambientes urbanos. *Revista Internacional de Psicología.* 2002; Vol.3 No.2.

108. Colliva M. Caracterización de la calidad del sueño en indígenas venezolanos. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 2011.
109. Ardila, R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003; 35(2), 161-164.
110. Cruz I. Hogares indígenas, remesas y calidad de vida. *Ra Ximhai*. 2014; 10:107-143.
111. Romero J. Educación, calidad de vida y otras desventajas económicas de los indígenas en Colombia. *Revista del Banco de la República*. 2010; Vol. LXXXIII, Núm. 987.